BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT

Chevalier de la Légion d'honneur,
Ex-président de la Société de médecine et membre de la Société de chirurgie,
Médecin honoraire des dispensaires,
Correspondant des Académies royales de médecine de Belgique et de Turin,
de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier,
des Sociétés de médecine de Lyon, Bordeaux, Strasbourg, etc.,
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE-SIXIÈME.



PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1864

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Résumé des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, dans l'année 1863.

La médecine, pendant une longue série de siècles asservie en quelque sorte aux idées spéculatives qu'elle déduisit successivement d'un certain nombre de faits incomplétement observés, se renferma comme en une impasse, et se condamna presque fatalement à une marche improgressive. A entendre, comme on entendit pendant si longtemps, humorisme, solidisme et vitalisme, et plus tard, presque de nos jours, anatomie pathologique et chimie organique, que vouliez-vous qu'il sortît de recherches qui toutes étaient dominées par un point de vue nécessairement faux par cela seul qu'il était exclusif, ou qui était nécessairement erroné encore, parce qu'il n'embrassait qu'un des plus petits côtés des questions qu'il s'agissait de résoudre. Pour montrer par un exemple saillant, et sans remonter bien loin en arrière, combien la médecine s'agitait dans le vide, tant qu'elle se renferma, en s'y obstinant, dans la théorisation des faits qu'elle rencontrait dans son horizon borné, voyez seulement ce que professait la science la plus autorisée sur l'amaurose, et mettez ces résultats si incomplets, et quelquefois entièrement erronés, en présence des enseignements positifs qu'a mis tout à coup en lumière l'admirable découverte de Helmoltz. En une certaine mesure, il en est de même du laryngoscope, de l'électrisation localisée ; ce que, sans ces instruments qui étendent la portée des sens et donnent une base solide aux inductions de l'esprit, ce que, sans ces instruments, disons-nous, on ne faisait que soupçonner, ou qu'on ignorait d'une manière absolue, grâce à leur découverte, on le voit en quel-

que sorte, on le touche : et, si elle n'arrive point d'emblée à la thérapeutique qui combat efficacement la maladie, saisie enfin dans sa vérité, la médecine, en possession de données positives, est au moins sur la voie qui peut conduire à ce but suprême de l'art. Est-ce à dire que toute la science soit dans ces données, et qu'il faille prendre à la lettre cet axiome de l'école sensualiste, *sic valent oculi, sic et homo?* Dieu nous garde d'une telle hérésie. Derrière les phénomènes il y a les lois qui les gouvernent, et nulle science ne peut s'élaborer et n'est réellement la science qu'à la condition de les saisir ; et cette intuition dépasse les sens, elle est toute du ressort de l'intelligence. Mais, sous peine de s'égarer presque immanquablement, il faut connaître les phénomènes pour les distinguer les uns des autres, et plus on pénètre avant dans ces manifestations de la vie, plus il y a chance de la comprendre dans son développement physiologique ou anomal.

On ne saurait le nier aujourd'hui, quelque ferveur qu'on apporte dans l'étude matérielle des instruments de la vie, le courant des idées nous emporte au delà, et quelque incertaines que soient encore, à l'heure qu'il est, les données de la logique pure de l'esprit, relativement à notre science difficile, il faut en tenir compte, il faut que l'on se les assimile en les étendant encore, en les précisant surtout, et en ne prenant pas pour elles les rêves d'une fiévreuse imagination. Quelque doctrine qu'on professe sur les rapports qui lient l'organisme au milieu dans lequel il est appelé à se développer et à vivre, il est impossible de ne pas admettre que, plus on connaîtra ces phénomènes, plus on apprendra à les différencier les uns des autres, et plus il y aura de chance qu'on pénètre ces rapports dans leur réalité. Mais, nous le répétons, qu'on y prenne garde, quels que soient les progrès que la science ait faits dans l'étude de la phénoménalité de la vie normale ou pathologique, ce côté matériel de la vie n'est encore en quelque sorte qu'entrevu ; rien que les données fournies par l'application du microscope à cet ordre d'étude le démontrent suffisamment à tout esprit non prévenu.

Avant d'aborder directement le sujet même de ce travail, qui est un résumé sommaire des travaux consignés pendant l'année qui vient de s'écouler dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, nous avons cru devoir dire un mot des tendances actuelles d'un certain nombre d'esprits distingués, qui, si elles n'étaient corrigées par une appréciation plus saine des véritables données de la science médicale, pourraient en arrêter les progrès, peut-être même précipiter la thérapeutique dans une voie dangereuse, ou au moins rouvrir pour elle

la voie inféconde de la pure spéculation. Cette circonspection que d'aucuns flétrissent du nom d'éclectisme, nous nous appliquons à en faire, autant qu'il est en nous, la règle de notre conduite dans la direction de ce journal. La médecine, plus sûre et plus hardie tout à la fois dans sa marche progressive, pourra peut-être un jour s'affranchir de cette prudence, et nous sommes les premiers à proclamer que cet éclectisme n'est que provisoire; mais avant de s'envoler dans la région des théories, elle devra longtemps encore s'en tenir au terre à terre de l'observation : si là n'est pas le but définitif de la science, là au moins est certainement la ligne la plus sûre qui puisse y conduire. Dans ce temps de critique ardente et passionnée, et où l'on balaye les acquisitions les plus solides de la science médicale comme une vaine poussière, il peut n'être pas complétement inutile à qui s'est donné la mission, en quelque modeste mesure que ce soit, de diriger la pratique, de bien marquer la voie dans laquelle on se propose de marcher pour continuer à éviter les écueils auxquels tant d'esprits, et des mieux trempés, se sont tour à tour si souvent aheurtés.

Cette profession de foi sur les principes qui nous guident dans la direction du *Bulletin général de Thérapeutique*, que rendaient nécessaire peut être les hardiesses, d'aucuns diraient les témérités qui ont eu un si grand retentissement ces derniers jours, cette profession de foi formulée, nous allons rappeler succinctement l'humble concours de ce journal, pendant l'année qui vient de finir, à l'œuvre laborieusement progressive de la science et de l'art.

Toutes les fois qu'une donnée nouvelle se produit, qui permet d'espérer un progrès réel dans le traitement d'une maladie vis-à-vis de laquelle l'art s'est montré jusque-là à peu près complétement impuissant, nous nous empressons d'ouvrir les colonnes du *Bulletin de Thérapeutique* aux travaux sérieux qui ont pour but de mettre cette donnée en plus vive lumière. C'est ainsi que nous avons publié une série de notices marquées au coin d'une observation attentive sur le traitement de l'ataxie locomotrice par les sels argentiques. Tout le monde sait que c'est à un médecin allemand, M. Wunderlich, qu'il faut rapporter la première tentative de cette médication contre une maladie jusque-là considérée comme incurable. C'est aussi à ce médecin, observateur judicieux, que nous avons emprunté quelques-uns des nouveaux faits, qui tendent à établir la réelle efficacité des préparations argyriques contre cette maladie, qu'il appelle plus volontiers paralysie spinale progressive. Nous avons assez vieilli dans l'étude de la thérapeutique, pour savoir suspendre notre

jugement en face de faits qui n'ont pas toujours la signification qu'à première vue on fut tenté de leur donner. Toutefois bien que le groupe symptomatique connu sous le nom d'ataxie locomotrice progressive ne soit inscrit que d'hier comme entité morbide nettement définie dans les cadres nosologiques, telle est l'originalité de cette affection, telle a été son incurabilité absolue par les médications les plus diverses qu'on lui a opposées jusqu'au moment où M. Wunderlich conçut l'idée de la combattre par l'azotate d'argent longtemps continué, que, pour nous, nous ne doutons pas que l'art n'ait trouvé dans ce moyen un agent puissant contre cette grave maladie, à un moment donné au moins de son évolution pathologique. Outre les faits dont nous venons de parler, nous en avons cité quelques autres, empruntés à la pratique nosocomiale de Paris, qui viennent témoigner dans le même sens. Nous disons qu'on ne peut guère, en présence des leçons de l'expérience, douter de l'efficacité des préparations argyriques dans cette maladie, au moins à un moment de son évolution : cette restriction dans le jugement que nous croyons devoir formuler dans ce résumé des travaux du *Bulletin général de Thérapeutique* pendant l'année 1863, la nature de la maladie, quand elle aura été bien déterminée, l'expliquera peut-être parfaitement. Bien que l'ataxie locomotrice progressive soit encore classée, à l'heure qu'il est, parmi les névroses, et que l'Académie impériale de médecine, en la posant comme question de concours dans sa dernière assemblée annuelle, lui maintienne encore ce caractère nosologique, on peut bien, avec M. Axenfeld, douter qu'il s'agisse là d'une pure névrose, en présence des recherches microscopiques dont elle a été l'objet depuis quelque temps. Si le traumatisme délicat sur lequel ces recherches ont jeté une lumière imprévue vient à se confirmer, si l'on vient à démontrer qu'il s'agit là d'une lésion primitive, et non d'une lésion secondaire succédant à un défaut d'action, à une sorte de torpeur nerveuse locale, peut-être l'obscurité qui enveloppe le mode d'influence du sel lunaire sur les expansions de la moelle épinière finira-t-elle par disparaître. Dans tous les cas, en présence de ce traumatisme dont les degrés sont plus facilement mesurables qu'un désordre purement dynamique, on comprend mieux le fait que l'expérience tend de plus en plus à confirmer, c'est à savoir que l'ataxie locomotrice progressive n'est curable par les sels argentiques qu'à un certain degré de son évolution pathologique. Les faits observés dans les services de MM. Beau et Vidal nous paraissent surtout porter avec eux cette signification.

En parlant ici même, l'an dernier, de l'action de ce moyen dans la paralysie spinale progressive, nous prévoyions déjà qu'en présence des faits qui témoignaient de cette action puissante dans cette maladie, on en étendrait bientôt l'application à d'autres états morbides du même appareil. Un médecin aussi intelligent que laborieux, M. Bouchut, l'a compris comme nous, et il a bien voulu consigner dans les colonnes du *Bulletin général de Thérapeutique* une observation très-remarquable de paraplégie essentielle chez un enfant de quatre ans, dans laquelle on voit le sel lunaire se montrer rapidement efficace. M. Bouchut ne cite qu'un fait en témoignage de cette efficacité, cela est vrai ; mais en même temps que ce fait s'éclaire de la lumière qui jaillit de ceux dont nous venons de parler, il la leur renvoie, et par là, il se multiplie en quelque sorte, si nous pouvons ainsi dire.

Si nous nous sommes quelque peu étendu sur l'efficacité des préparations argentiques dans quelques névroses déterminées, c'est que ces faits se rattachant à la tradition qui jusque-là avait vaguement affirmé l'utilité de ces préparations dans les névroses en général, ont acquis tout à coup une importance immense dans un ordre de lésions où la médecine se montre si souvent impuissante. Ce sont principalement ces faits que ce journal, qui comprend sa mission, doit s'appliquer à mettre en relief. La pratique a des exigences de tous les jours, et c'est spécialement à ce besoin sans cesse renaissant qu'il doit satisfaire : là est surtout sa raison d'être; il n'est, et il ne peut être que l'instrument secondaire du progrès de la science proprement dite.

Ce que nous avons fait pour l'avancement de la thérapeutique de l'ataxie locomotrice progressive, nous avons également essayé de le faire à propos d'une maladie non moins redoutable, l'épilepsie. Malgré les recherches les plus assidues, tentées dans ces dernières années, pour arriver à la guérison de cette maladie, malgré quelques affirmations un peu prématurées dans ce sens, pour tous les médecins, l'épilepsie reste toujours une affection fort obscure dans le mode pathologique du système nerveux qui la constitue, et vis-à-vis de laquelle on hésite le moins à avouer l'impuissance presque absolue de l'art. M. Michea s'est vaillamment élevé contre cette sorte d'abdication de la médecine, et il s'est efforcé de démontrer qu'on pouvait trouver dans les sels d'atropine une médication propre à combattre surtout les manifestations légères du mal comitial, le vertige et l'absence. Nous voudrions qu'avant de prononcer sur l'efficacité d'une médication quelconque dans une maladie comme

l'épilepsie, même en ses formes les moins accentuées, on ne perdit jamais de vue l'enseignement de notre immortel Esquirol : nous ne rappellerons pas à notre savant et judicieux confrère cet enseignement qu'il connaît aussi bien, et même mieux que nous. Quoi qu'il en soit à cet égard, les faits nombreux, variés, cités par M. Michea, et qui échappent quelquefois, il faut bien le dire, dans leur terrible signification à des médecins inattentifs, ces faits, disons-nous, ont une importance que tout le monde saisira. A supposer même que, dans un grand nombre de cas, on ne parvînt, à l'aide de la médication instituée par M. Michea, qu'à éloigner les manifestations du mal et à les atténuer, ne serait-ce pas, quand il s'agit d'une si grave maladie, un résultat digne au plus haut degré de fixer l'attention ? S'il est vrai que le vertige et l'absence compromettent plus prochainement l'intégrité de l'intelligence que les grandes attaques elles-mêmes, si on parvient par là, à les amoindrir, n'ajourne-t-on pas ainsi indéfiniment cette terrible déchéance du moral qu'entraîne si souvent cette redoutable affection ? Au reste, l'expérience de notre savant collaborateur semble assez avancée pour qu'on puisse accepter ses conclusions, que, si le sel d'atropine ne réprime pas toujours d'une manière complète les manifestations légères de l'épilepsie, telles que l'auteur les décrit, il est évident que, dans un certain nombre de cas, ce résultat important a été obtenu par lui. C'est donc là, en définitive, un point de pratique sur lequel M. Michea a jeté une vive lumière, et que les médecins qui ne savent se résigner à l'impuissance absolue de l'art ne doivent pas perdre de vue.

Dans une maladie du même ordre que celles dont nous venons de parler, mais contre laquelle, heureusement, l'on ne se trouve point si complétement désarmé, nous voulons parler des névralgies, nous avons pu, grâce à l'obligeance de M. Trousseau, reproduire, dans ses parties essentielles, le lumineux enseignement de l'illustre professeur de clinique sur cette névrose de la sensibilité. Nombreux sont les moyens dont l'art est en possession pour combattre les névralgies. Les moyens simples y réussissent quelquefois; mais combien souvent, même dans les formes ou, si l'on veut, les localisations de ce désordre de la sensibilité qui se montrent ordinairement le moins rebelles à ces moyens, combien souvent même alors, disons-nous, le mal ne résiste-t-il pas aux moyens en apparence le mieux indiqués ? C'est alors que le praticien modeste, qui est forcé de se renfermer dans les limites d'une expérience personnelle toujours assez restreinte, est heureux de s'inspirer des leçons d'un homme que sa position élevée a mis à même de se mesurer avec les cas les plus

difficiles et les plus compliqués. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, le nom dont est signé le travail que nous rappelons en ce moment suffit à lui seul à le recommander à l'attention de tous.

Dans un autre ordre d'études, nous avons été également assez heureux pour recueillir, dans les colonnes du *Bulletin général de Thérapeutique*, les enseignements de la vaste expérience de l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris. Il y a longtemps déjà que M. Trousseau a fait une étude spéciale de l'ozène, cette maladie qui, comme on l'a dit, empoisonne si fréquemment la vie sans tuer, et nul n'était en mesure plus que lui de tracer la ligne que la thérapeutique doit suivre pour combattre cette affection. Mais, nous le répétons, il suffit de signaler les articles au bas desquels se trouve un tel nom, pour en faire sentir de suite et sans commentaires l'importance à la fois didactique et pratique.

Un auteur dont nous nous honorons également de publier les travaux, quand ils rentrent dans le cadre de ce journal, est un médecin de la Pitié, M. le docteur Marrotte. Esprit aussi indépendant que judicieux, M. Marrotte sait marcher en avant quand une idée neuve surgit avec le caractère de la vérité, tout comme il se cramponne à la tradition, quand il saisit dans ses feuilles à demi-effacées un enseignement vrai de la nature. Nous avons plus d'une fois consigné dans le *Bulletin général de Thérapeutique* d'importantes vérités mises en relief par cet esprit judicieux et marquées de l'un ou l'autre de ces caractères. Le travail du savant médecin de la Pitié que nous avons publié cette année même, et qui a trait à l'influence thérapeutique de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée, ne le cède en utilité, nous le croyons, à aucun de ses travaux antérieurs. Dans la vie de plus en plus tourmentée que nous fait la civilisation, qui n'a point apparemment pour but de nous endormir dans la torpeur d'un quiétisme abêtissant, pour nous servir d'un mot de Pascal, il est évident que si quelques maladies tendent à s'effacer, d'autres semblent tendre à prédominer. C'est ainsi que très-probablement les troubles fonctionnels de l'utérus, à les considérer comme une perturbation simple de la vie de cet appareil, sont plus fréquents aujourd'hui et plus accentués qu'ils ne l'étaient à des époques moins orageuses de la société. Diviser ainsi ses études, c'est montrer qu'on sait où sont les questions auxquelles la pratique médicale s'intéresse davantage, et montrer en même temps qu'entre tous les moyens qu'on peut mettre en œuvre pour combattre ces désordres, il en est un surtout qui, quand il est bien in-

diqué, peut être éminemment utile. L'indication ! voilà la condition essentielle du succès ici comme en toute médication. Notre distingué confrère, M. Marrotte, a peut-être plutôt exposé les non-contre-indications à l'emploi de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée, que les indications mêmes qui l'appellent : mais cette voie indirecte, dans laquelle nous devons si souvent nous contenter de marcher, bien qu'elle satisfasse moins l'esprit, n'en est pas moins une voie qu'on peut suivre utilement quand l'autre nous est fermée. Il est une vue physiologique qui domine le traitement des désordres menstruels dont il s'agit en ce moment, et que le médecin doit avoir constamment présente à l'esprit quand il veut recourir à l'emploi de l'apiol pour les combattre, c'est celle que l'auteur a exprimée lui-même à la fin de son travail et que nous demandons la permission de reproduire ici, tant elle nous paraît heureusement exprimée. « Enfin, dit M. Marrotte, dernière remarque, la menstruation étant essentiellement liée à l'ovulation, et aucune modification ne pouvant provoquer le flux menstruel en dehors de cette condition physiologique, les effets thérapeutiques de l'apiol ne se produiront que s'il est administré chez des filles nubiles, au moment où la fonction menstruelle s'annonce par des symptômes généraux et locaux, ou à l'époque connue et présumée des règles. » Ici, le *consentement* de l'organisme dont M. Pidoux et, après lui M. Chauffard font la condition *sine qua non* de l'efficacité thérapeutique, est un peu moins problématique que celui sur lequel se fonde essentiellement leur théorie générale. Mais ce n'est point ici le lieu d'aborder cette question où l'on a accumulé des tropos magnifiques sans beaucoup l'éclairer ; passons.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Coup d'œil sur l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement du cancroïde.

La pratique médicale ne profite pas moins d'une étude attentive des agents thérapeutiques connus que de l'expérimentation des substances nouvelles, et longue serait la liste des médicaments auxquels les hasards de la pratique ont révélé des actions qu'on ne leur avait pas soupçonnées tout d'abord. M. le docteur Bergeron vient de nous en offrir une preuve nouvelle dans le mémoire qu'il a lu à l'Académie sur le traitement du cancroïde par le chlorate de potasse. Les faits

qu'il met en relief, comme ceux que nous avons rapportés déjà, sont trop importants pour que nous nous bornions à mentionner les conclusions de son mémoire aux travaux académiques.

Le but que poursuit le sagace médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie ressortit d'ailleurs trop directement aux recherches spéciales auxquelles le *Bulletin de Thérapeutique* consacre sa publicité, pour que nous n'appellions pas l'attention de nos lecteurs sur l'application nouvelle du chlorate potassique à laquelle M. Bergeron convie ses confrères. L'acquisition thérapeutique serait trop précieuse, et les essais sont trop inoffensifs, pour que chacun de nous ne s'empresse pas de répondre à l'appel qui lui est fait.

Désirant rendre les expérimentations le plus nombreuses possible, nous allons rapporter les premiers résultats cliniques obtenus; puis, nous poserons les désiderata laissés encore pour mettre hors de doute la valeur de la médication nouvelle.

Le *Bulletin général de Thérapeutique* a publié de trop nombreux travaux sur le chlorate de potasse pour que nous ayons à rappeler longuement les applications connues de ce précieux médicament. C'est dans nos colonnes qu'ont paru les recherches spéciales de MM. Herpin, Isambert, Laborde, Mazade; enfin nous avons également appelé l'attention des praticiens sur les deux premières observations de cancroïdes guéris par l'emploi topique du chlorate.

Que dans le traitement des maladies qui comptent des ressources thérapeutiques incontestables, on laisse passer certaines expérimentations sans les répéter, cela se comprend; mais il n'en saurait être ainsi lorsqu'on se trouve en présence d'affections jusqu'ici réputées incurables.

En médecine, le zèle, l'intelligence ne suffisent pas pour établir les bases d'une médication; il faut des faits. Le physicien et le chimiste peuvent créer à volonté les circonstances de leurs expérimentations; le médecin doit les attendre des hasards de la pratique. Faisons donc, en consignant plusieurs faits déjà accomplis sur le sujet qui nous occupe, appel au concours de tous.

Le premier essai, et il a été fructueux, remonte déjà à une date assez ancienne. A l'époque où M. Bergeron se livrait à ses recherches sur l'action du chlorate de potasse, il eut l'occasion de tenter l'usage de ce médicament à l'infirmerie d'Alfort sur un chat atteint d'épithélioma de la bouche. L'animal guérit. Récemment M. Leblanc fils a entretenu l'Académie de trois cas d'épithélioma de la muqueuse buccale traités et guéris par le même agent, le premier chez le cheval, les deux autres chez le chat.

Mais, dans l'intervalle de plusieurs années qui sépare ces applications à la médecine vétérinaire, le chlorate de potasse, employé chez l'homme contre des affections d'une malignité non moins notoire, s'était signalé par deux succès.

Relatés dans le *Bulletin de Thérapeutique*, ces deux cas sont ceux auxquels nous faisions allusion tout à l'heure. L'un appartient à M. le docteur Milon, l'autre à M. W. Cooke, chirurgien du *Royal free hospital* de Londres.

Pour rappeler en peu de mots les circonstances dans lesquelles ces faits se sont produits, et l'esprit qui dirigeait les expérimentateurs auxquels ils sont dus, nous dirons que M. Milon, envisageant à la fois l'action topique du chlorate de potasse contre plusieurs affections chirurgicales, présente d'abord ce sel comme un précieux agent de cicatrisation des ulcères variqueux et des plaies affectées de pourriture d'hôpital; puis, il rapporte un exemple extrêmement intéressant de tumeur ulcérée, traitée et guérie par l'application du même médicament.

Remontant à vingt-sept ans, restée longtemps indolente, puis devenue le siége de légers chatouillements, ulcérée enfin, cette tumeur a été considérée par MM. Velpeau et Richet comme un cancroïde.

Elle a cédé à l'emploi d'abord quotidien, puis, rendu progressivement rare de plumasseaux de charpie imprégnés d'une solution saturée de chlorate potassique, à la température ambiante, et dont on prenait soin d'entretenir l'humidité.

L'observation publiée presque simultanément par M. W. Cooke est celle d'un cancer ulcéré occupant la lèvre inférieure, le côté gauche de la face et la moitié de la lèvre supérieure, ayant été déjà opérée sans résultat durable, et qui, sous l'influence de l'action topique du chlorate de potasse, a été amenée à prompte et complète cicatrisation.

La solution employée chez ce second malade est sensiblement plus faible que celle à laquelle M. Milon avait eu recours.

De son côté, M. Bergeron, adoptant dans les circonstances qui suivent, les errements d'une pratique semblable, et ayant eu à se louer du résultat obtenu, a ouvert un champ plus vaste et déjà fécond aux expérimentations de cet ordre.

Une dame, âgée de quatre-vingt-deux ans, d'une constitution sèche et nerveuse, d'une vigueur plus réelle qu'apparente, indemne de tout antécédent héréditaire, remarqua, au commencement de 1860, une petite élevure à teinte grisâtre siégeant à la racine du nez, et qui, dans l'espace d'une année, se prit à croître, avec lenteur

à la vérité, mais avec une continuité qui préoccupait la malade et son médecin. Parvenue au volume d'une petite verrue arrondie, offrant un aspect rugueux, d'une couleur grise jaunâtre, cette tumeur était alors constituée par une croûte recouvrant une surface ulcérée, d'un rose uniforme et fort vif.

C'est de cette époque que date le début du traitement. Durant plusieurs mois, il consista en applications de glycérine, qui furent sans avantage. Formation périodique de croûtes assez peu adhérentes, de plus en plus grosses, et découvrant à leur chute une surface ulcérée, qui, vers la fin de l'année 1861, paraît s'élargir et reposer sur une base plus saillante. Des cautérisations avec le nitrate d'argent sont pratiquées ; elles sont suivies d'une régression passagère, puis d'un développement rapide de la lésion.

Au commencement de l'année suivante, retour à l'usage de la glycérine ; accroissement notable de l'ulcération en surface et en profondeur. Badigeonnage tous les deux jours avec un pinceau imprégné de teinture d'iode.

A une période d'amélioration assez sensible succède une période de recrudescence assez curieuse pour les caractères qu'offrit alors la lésion. A mesure en effet que l'ulcération se cicatrisait d'un côté, elle empiétait de l'autre sur les tissus respectés jusque-là. Mais, chose remarquable, son empiétement était plus considérable que la régression correspondante. La teinture d'iode dut donc être abandonnée ; et, dans l'espoir de combattre plus efficacement cet opiniâtre envahissement, on essaya de la pommade au bi-iodure de mercure.

Si actif contre certaines ulcérations rebelles de la face, cet agent ne parut avoir ici d'autre effet que d'exciter encore la prolifération morbide.

Après un dernier et inutile retour à la glycérine, en présence des progrès inquiétants du cancroïde, et avant de faire appel à l'intervention chirurgicale, M. Bergeron résolut d'expérimenter l'action du chlorate de potasse.

L'ulcération occupait alors la face dorsale du nez, s'étendait latéralement, surtout sur la droite, avait une longueur longitudinale de deux centimètres, et répondait aux os propres du nez dans la majeure partie de son étendue.

Bords inégaux, plus ou moins boursouflés, mais en aucun point taillés à pic ; surface recouverte de granulations et constituée en apparence par le périoste même. Teinte uniforme jaune rosé ; semi-transparence ; aspect cirrheux en certains points ; granulations

rouges, vascularisation fine et peu serrée ; suintement fort peu abondant d'un liquide séreux, qui devient purulent quand il s'accumule et a séjourné sous les croûtes.

A l'indolence initiale de la tumeur a succédé une sensation de fourmillement, remplacée elle-même depuis quelque temps par une douleur sourde que la pression exaspère.

Pas d'engorgements ganglionnaires d'ailleurs ; pas d'apparence que l'état général participe en rien à l'affection locale.

Tels étaient les caractères précis de la lésion en décembre 1862, lors de la première application de chlorate de potasse.

Fin janvier 1863. — Après six semaines de traitement, un changement manifeste s'est opéré. Moins saillants en haut, les bords de l'ulcération sont le siége d'un travail de cicatrisation. A la partie opposée, l'ulcération est restée stationnaire.

A la fin de mars, la cicatrisation est très-avancée.

Au commencement de mai, une cicatrice blanche, plate, solide, se constate à la place de l'ulcération.

Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie. Un fait aussi démonstratif méritait les détails dans lesquels nous sommes entré. Opiniâtreté dans la marche de l'affection ; échecs successifs d'agents énergiques dont l'administration a été persévérante. Degré déjà avancé de la lésion, justifiant, par les caractères nettement tranchés qu'elle a acquis, la précision du diagnostic. Puis, amélioration rapide, et guérison stable par l'emploi topique du sel potassique.

A titre de succès, cet exemple est typique, et nous appelons sur lui les méditations des cliniciens.

Voici la substance d'un second fait communiqué par M. Blondeau à M. Bergeron. Il vient corroborer celui qui précède et prend dans la franchise de la marche régressive du cancroïde, autant que dans sa rapidité, un intérêt tout particulier.

Petite tumeur verruqueuse apparue depuis sept ans à l'angle interne de l'œil droit, chez un homme de soixante-trois à soixante-cinq ans. Développement lent, mais progressif depuis deux ans ; amélioration temporaire sous l'influence de cautérisations avec le nitrate d'argent ; puis réapparition de la tumeur, dont le volume se prend alors à augmenter assez rapidement.

Consultation de MM. Laugier et Ad. Richard : diagnostic, *cancroïde ;* traitement, ablation.

Avant de recourir à cette *ultima ratio* de la thérapeutique, M. Blondeau, le médecin traitant, a recours à l'application quoti-

dienne de plumasseaux de charpie imprégnés de la solution suivante :

Eau distillée.....................	115 grammes.
Chlorate de potasse................	19

qu'on maintient en place pendant un temps aussi prolongé que possible.

Institué au commencement d'août 1863, ce traitement procure au bout de huit jours une diminution notable dans le volume de la tumeur, et au bout de deux mois sa disparition complète.

Ce prompt et heureux résultat, reconnu par MM. Laugier et Richard comme une guérison légitime, ne s'est point altéré depuis.

Vient maintenant, à titre de parallèle à ces deux exemples, de l'action locale du chlorate de potasse, un exemple de son action loin des surfaces de l'absorption, sur l'économie tout entière.

Recueillie à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, et présentée dans tous ses détails par M. Bergeron, cette observation est relative à une femme de quatre-vingt-six ans, atteinte de deux cancroïdes, l'un à la joue gauche, large de deux centimètres, faisant saillie, recouvert d'une croûte noirâtre, saignant au moindre contact; l'autre à la joue droite, déprimé et rétracté sur ses bords. Pas d'engorgements ganglionnaires; état général satisfaisant.

Le début de ces tumeurs remonte à dix ans pour la première, et à huit ans pour la seconde. Leur accroissement a été très-lent.

L'administration du chlorate de potasse est instituée au commencement de juillet 1863 : potion simple avec addition de 2 grammes de chlorate de potasse, par vingt-quatre heures.

Jusqu'à la fin du mois absence complète d'amélioration; mais au commencement de novembre on constate dans l'aspect des cancroïdes une modification notable.—Saillie moindre de la tumeur gauche et rétrécissement de sa base. — Commencement de cicatrisation et diminution manifeste dans la surface de la tumeur droite.

L'usage interne du chlorate de potasse est alors suspendu temporairement, bien qu'il soit parfaitement toléré par l'estomac, et des applications d'une solution chloratée au vingt-cinquième lui sont substituées.

Dans le court espace de quelques semaines, l'étendue des ulcérations décroît considérablement; les croûtes cessent de se reproduire; la cicatrisation suit une progression rapide.

La malade est remise, sur sa demande, à l'usage interne du sel potassique et un traitement mixte est désormais institué et suivi jusqu'à la guérison définitive des tumeurs.

Ici, on le voit, l'action topique du médicament n'a joué qu'un rôle secondaire, n'est intervenue qu'à titre d'auxiliaire dans l'amélioration fondamentale déjà présentée par l'état de la malade.

Il reste à faire connaître les essais dans lesquels l'administration à l'intérieur du chlorate de potasse a été combiné avec les applications topiques de ce sel.

L'observation qui suit, recueillie également à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, nous en fournira un spécimen.

Elle a trait à une femme âgée de quatre-vingts ans, dont les joues sont parsemées de tumeurs arrondies, verruqueuses, de volume inégal. Deux de ces tumeurs, plus saillantes que les autres, sont couvertes d'une croûte épaisse, noirâtre. Leur apparition remonte à trois années. Elles sont le siége tantôt de fourmillements, tantôt d'élancements. La chute des croûtes, observée pour la première fois au commencement de juillet 1863, laisse à nu une surface d'aspect papillaire qui saigne au contact le plus léger. L'examen microscopique fait par M. Cornil, interne du service, montre une partie centrale composée de cellules épithéliales; la périphérie est composée de grandes cellules; la croûte est formée principalement de globules de pus.

Le traitement institué dès cette époque se compose d'un julep simple additionné de 2 grammes de chlorate de potasse, à prendre par vingt-quatre heures, en cinq à six doses.

Dès le commencement de novembre une amélioration notable se manifeste : on constate une diminution dans l'étendue des tumeurs, et la cessation des picotements et des élancements ressentis par la malade.

Trois tumeurs du côté droit de la face, plus volumineuses que les autres, ont 1 centimètre dans leur plus grand diamètre; leur forme est elliptique, leur surface, rosée. En dedans de ces tumeurs, sur le sillon naso-labial, siége un épithélioma plus saillant, de forme circulaire, de nuance foncée.

La potion chloratée est remplacée par l'application sur ces tumeurs d'une solution de chlorate potassique.

A la fin de décembre on constate la disparition des trois tumeurs qui siégeaient au côté gauche de la face. Les cancroïdes ont fait place à une tache rosée qui ne dépasse pas le niveau de la peau environnante. Les petites plaques verruqueuses disséminées sur la face persistent.

Pour consolider la guérison et faire disparaître ces tumeurs verruqueuses, les applications sont continuées.

Enfin, parmi les malades présentement en traitement et en bonne voie d'amélioration, il faut citer deux hommes atteints de cancroïde du rectum, soumis à l'emploi du chlorate de potasse *intus et extra*.

Observé par M. Delpech, le premier a éprouvé une sédation notable des douleurs qui le tourmentaient; plusieurs mois se sont passés sans ramener d'hémorrhagies; l'appétit et les forces se sont relevés.

Chez le second, des hémorrhagies presque incessantes, de cruelles douleurs, l'incontinence des gaz, des fèces et d'un liquide roussâtre persistaient depuis dix-huit mois et étaient dus à d'énormes végétations siégeant à l'ampoule rectale. Après sept semaines d'un traitement consistant, comme dans le cas qui précède, en potions et en lavements chloratés, ces désordres se sont amendés au point que l'écoulement du sang est devenu rare, que les douleurs sont moins vives et que les matières et les gaz intestinaux sont maintenant retenus. Seule, la masse végétante persiste.

A ces deux observations encore inachevées se joint celle d'une dame traitée par M. Michon, et qui, atteinte d'un cancroïde serpigineux des régions parotidienne, sous-maxillaire et cervicale, a été délivrée des douleurs qui l'obsédaient, après quelques semaines d'applications, sur la surface ulcérée, d'une solution du sel potassique. Chez cette dame, la cicatrisation n'a pu encore être obtenue, mais l'étendue de l'ulcération a déjà diminué notablement.

Ouvrons maintenant la série des insuccès. De l'aveu de M. Bergeron, ils ont été nombreux. L'ordre de leur apparition était propre à détourner de recherches ultérieures un expérimentateur moins sagace. Ils ont suivi la première expérimentation, dont l'issue est d'autant plus remarquable que l'inanité de plusieurs médications avait été préalablement constatée, et ils ont précédé les faits si encourageants survenus dans les diverses circonstances relatées ci-dessus. Et puis, n'ayant pas alors, ainsi que lui-même a pris soin de le dire, connaissance des deux faits publiés par M. Milon et M. W. Cooke, M. Bergeron pouvait avoir lieu de craindre que l'avantage de son premier essai du chlorate de potasse au traitement du cancroïde chez l'homme restât unique et isolé. L'initiative toutefois de cet habile expérimentateur ne s'est pas paralysée; et nous devons lui en savoir gré, puisqu'il a posé les jalons et ouvert la voie pour de plus complètes et plus fructueuses recherches. Ses insuccès eux-mêmes n'auront pas été stériles, en ce qu'ils aideront à ne pas s'égarer sur le terrain des investigations nouvelles.

Et tout d'abord il convient d'éliminer les observations dont la conclusion négative a pu être attribuée, et par l'auteur, et par ceux de ses collègues qui l'ont secondé, à quelque cause étrangère à la médication même.

Les expériences dont l'issue défavorable paraît le moins discutable sont : 1° Celle dont une malade de la Salpêtrière fut l'objet. Atteinte depuis plusieurs années d'un cancroïde ulcéré de la tempe et de l'orbite, avec engorgement ganglionnaire, et soumise pendant six semaines à l'usage *intus et extra* du chlorate de potasse, cette femme n'a pas ressenti dans son état de modification sensible ;

2° Un échec éprouvé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Laugier, bien que dès l'abord il se fût produit une amélioration de l'augure le plus heureux ;

3° Deux observations communiquées par M. Devergie. Elles tendent à démontrer l'insuffisance du chlorate de potasse administré exclusivement à l'intérieur contre de vastes ulcérations cancroïdales; et, en prévenant contre un inconvénient de ce médicament, elles permettent de le manier dans l'avenir avec une sûreté plus grande.

La première de ces deux observations est relative à un homme de soixante-trois ans, maigre, débilité, cachectique, et atteint depuis huit ans d'un cancroïde ulcéré, occupant à la région inguinale un espace irrégulièrement triangulaire dont la base ne mesure pas moins de 11 centimètres. Les bords de l'ulcération sont décollés, fongueux. La surface est baignée par une sanie purulente et fétide.

Pendant un mois le malade est soumis à l'usage quotidien d'un julep simple, avec addition de 4 grammes de chlorate de potasse ; la plaie est pansée simplement; au bout de ce temps, l'étendue de l'ulcération a augmenté, la suppuration est plus abondante, l'appétit a diminué sensiblement. La médication est suspendue,

La seconde observation a trait à une femme de soixante-huit ans, affectée d'un cancroïde du lobule du nez et de la joue gauche, datant de trois ans. Enlevée à ses débuts, la maladie récidive. Lorsqu'on intervient avec la médication nouvelle, l'étendue de la tumeur est de 5 centimètres sur 3 centimètres, et sa dureté ligneuse.

En dehors du sillon naso-labial gauche, il existe une deuxième tumeur arrondie, de couleur violacée, de consistance dure. La malade perçoit une sensation de fourmillements dans ces deux tumeurs.

Traitement : Julep simple avec addition de 4 grammes de chlorate de potasse, à prendre par moitié, chaque jour, dans l'intervalle des repas.

Les fourmillements diminuent, mais le volume des tumeurs persiste, et il se développe à leur surface des croûtes épaisses, rugueuses et sèches. En outre, il apparaît au genou gauche trois croûtes noirâtres, sèches, à peine saillantes, et au mollet, du même côté, une large plaque violette surmontée à son centre d'une croûte noirâtre et épaisse.

Au bout d'un mois d'administration du chlorate de potasse, la malade accuse de la céphalalgie, avec fièvre, nausées et vomissements. Elle se plaint de la répugnance que lui inspire le sel potassique et de la difficulté qu'elle éprouve fréquemment à le supporter. La médication est suspendue.

Sans contredit, cet ensemble de faits cliniques laisse à dégager de nombreuses inconnues. Mais le groupe qu'ils forment est déjà assez compacte pour fournir sur la puissance, sinon sur le mode d'action du chlorate de potasse, plusieurs données positives et précieuses.

Des exemples répétés de guérison mettent l'activité de la médication hors de conteste. Entre tous, il en est deux, dont l'analogie est frappante, et par le *modus faciendi*, et par la rapidité du résultat obtenu. Ils sont relatifs aux malades observés par M. Milon d'une part, par M. Blondeau de l'autre. Dans l'une et l'autre circonstance l'emploi du chlorate de potasse consiste exclusivement en applications topiques. Ces applications ont été pratiquées de la même manière, c'est-à-dire prolongées chaque jour aussi longtemps que possible; et l'on a eu recours à une solution *saturée* du sel potassique.

La marche régressive suivie par la lésion l'a été dans les deux cas avec une franchise égale, qui met en parfaite évidence la réalité de l'action thérapeutique.

Un fait qui se rapproche de ceux-là au point de vue du mode d'administration du médicament (applications locales exclusivement) est le premier observé par M. Bergeron. Il milite encore plus fortement peut-être en faveur de l'activité de la médication; ici, on a fait successivement appel à plusieurs agents dont les propriétés thérapeutiques reposent sur les titres les plus légitimement établis; seul le chlorate de potasse a subi l'épreuve avec avantage. Et dans quelles conditions! La liqueur ne contenait qu'une dose relativement faible de l'agent médicamenteux; elle était au 25ᵉ. L'application n'était que momentanée : un badigeonnage matin et soir avec un pinceau imprégné de la solution. Le degré de la lésion était avancé, sa date ancienne, et sa malignité s'était traduite par des signes inquiétants.

M. Bergeron a exprimé le regret, l'examen micrographique lui ayant failli en cette occasion, d'avoir été entraîné aux longueurs d'une description minutieuse qui justifiât son diagnostic. A cet égard nous faisons sans peine l'aveu de notre dissidence avec le savant observateur de l'hôpital Sainte-Eugénie. Le tableau qu'il a tracé des caractères anatomo-pathologiques offerts par la tumeur au moment de la première application du chlorate contient un véritable enseignement. Les lecteurs attentifs en seront frappés comme nous. Ils en tireront, pour la précision de leurs diagnostics à venir et pour le choix rationnel de leurs errements thérapeutiques, un inestimable profit. Bref, cet exemple se place au premier rang parmi ceux qui démontrent l'efficacité, contre les cancroïdes les plus nettement caractérisés, de la médication proposée.

Est-ce à dire que, par une généralisation qui peut être hardie, on puisse indifféremment attaquer les tumeurs de cette nature, grâce à l'action du médicament sur l'ensemble de l'organisme, tout aussi bien que grâce à son application sur les surfaces contaminées? A la vérité, la première observation recueillie dans le service de M. Charcot semble donner une réponse affirmative. Il y a dans l'amélioration fondamentale qu'a présenté l'état de la malade après trois mois d'un traitement exclusivement borné à l'ingestion quotidienne de 2 grammes de chlorate, une circonstance qui mérite d'être notée. On y saisit la trace d'une action dynamique continue, de l'ordre de celles qui s'adressent d'une manière élective aux affections diathésiques; mais il faut se hâter de le reconnaître, la notoriété de cette action générale n'a pas été confirmée par les autres expériences tentées jusqu'ici.

Des malades soumis à l'administration du chlorate de potasse à l'intérieur, les uns n'ont paru en ressentir aucune influence, les autres, ceux de M. Devergie particulièrement, en ont éprouvé plus d'inconvénients qu'ils n'en ont recueilli de bénéfice. Les perturbations survenues dans les fonctions de l'estomac chez plusieurs malades soumis depuis un mois à l'ingestion quotidienne de 4 grammes de chlorate, donnent la mesure des doses en deçà desquelles il convient de se tenir dans l'administration interne et persistante de ce médicament; mais les dyspepsies qui, dans quelques cas, ont pu à bon droit être imputées à son usage interne, et moins encore la neutralité que dans la plupart il paraît avoir gardée par rapport à l'affection locale, ne sauraient, sans plus ample examen, dissuader de faire concourir à ses effets topiques l'influence qu'il exerce sur l'ensemble de l'organisme.

Dans l'état actuel de la question, de pareilles raisons seraient incapables de nous détourner, puisque, nous le répétons, le cas de la Salpêtrière offre un exemple, unique il est vrai jusqu'ici, mais patent, de l'activité du chlorate de potasse à titre d'agent dynamique, et de son influence favorable sur les manifestations locales de la redoutable diathèse. Il est à remarquer enfin que, si les remèdes internes qui s'adressent aux affections dont la constitution tout entière est entachée ne conviennent qu'à des doses très-modérées, pour qu'ils soient tolérés pendant un temps indéfini, le chlorate de potasse a presque toujours été supporté sans peine pendant plusieurs mois consécutifs, à la condition de ne pas outrepasser la quantité de 2 grammes par vingt-quatre heures, et d'être ingéré par doses réfractées.

Autant enfin les faits observés jusqu'à ce jour semblent indiquer que, dans l'administration interne du chlorate de potasse on doit se restreindre à des proportions relativement faibles, sous peine d'être contraint à en discontinuer l'usage avant le moment opportun; autant il ressort des résultats obtenus que l'application topique du médicament doit être libéralement pratiquée.

Sous ce dernier rapport, les exemples fournis par MM. Milon et Blondeau lèvent, à notre avis, toute hésitation. A la solution au vingt-cinquième, il y a lieu de substituer une solution saturée; aux badigeonnages qui ne durent qu'un moment, il y a lieu de préférer les plumasseaux imprégnés de la liqueur et appliqués en permanence, s'il est possible, sur le lieu de la dégénérescence.

Quel est maintenant le mode d'action du chlorate de potasse? Pourquoi, en présence d'affections offrant entre elles l'apparence de l'analogie la plus complète, la médication dont ce sel est la première base a-t-elle été infructueuse ici, là couronnée des plus éclatants succès? Quelle part exacte revient, dans des résultats aussi disparates, et au mode d'administration du médicament et à l'affection diathésique? Voilà autant de questions auxquelles des recherches ultérieures seules peuvent répondre.

Les curieuses expériences de M. Réveil sur le chlorate potassique, la remarque qu'il a faite de la rapidité extrême avec laquelle ce produit enlève la vie aux végétaux, ne soulèvent-elles pas un coin du voile qui enveloppe encore la théorie de son mode d'action sur les tissus organisés?

L'influence si inégale du chlorate sur les diverses tumeurs contre lesquelles il a été appelé à lutter, ne serait-elle pas susceptible de devenir une pierre de touche et d'éclairer sur la nature, distincte

en réalité, de certaines dégénérescences considérées à tort comme identiques ?

Tels sont les intéressants problèmes que soulève le travail de M. Bergeron. Le médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie fait appel aux expérimentations nouvelles. Il en règle la conduite et prévient contre des déconvenues qui tiendraient plus peut-être au mode d'expérimentation même qu'à la puissance d'action du médicament.

Deux écueils menacent les recherches de cet ordre. Malgré de brillantes et solides conclusions, elles ne parviennent pas, comme il est arrivé à MM. Milon et Cooke, à fixer l'attention d'une manière suffisante ; ou bien, danger plus grand, elles deviennent l'objet d'un engouement irréfléchi ; elles sont poursuivies avec plus d'ardeur que de méthode ; on se prend à demander à l'agent thérapeutique nouveau plus qu'il ne peut donner : les insuccès arrivent, la confiance s'altère, et quelque positifs qu'aient été les premiers résultats obtenus, le moyen tombe dans un discrédit profond et définitif.

Nous croyons que les faits produits par le médecin de Sainte-Eugénie, appelleront l'esprit vers des recherches plus étendues, et que les principes posés pour les expérimentations ultérieures permettront d'assigner au chlorate de potasse la place légitime qui lui revient à titre d'agent curatif de certaines tumeurs cancroïdales.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'utilité de l'aloès dans le traitement des plaies ; formule d'une teinture aloétique pour l'emploi externe.

L'aloès est l'un des médicaments dont l'usage remonte le plus haut ; il est entré dans une foule de formules, dont les unes ont été longtemps célèbres (élixir de longue-vie, élixir de propriété de Paracelse), dont quelques autres ont continué de jouir d'un certain crédit (élixir de Garus, pilules *ante cibum*, baume du commandeur, etc.) ; on peut s'en faire une idée en jetant les yeux sur la longue énumération qu'en a donnée Jourdan dans sa *Pharmacopée universelle*, où l'on est loin cependant de trouver toutes les formules dont l'aloès faisait partie. C'est donc là une de ces substances médicamenteuses dont les propriétés sont connues et appréciées, et sur le compte desquelles il semble qu'il y ait peu à revenir. Mais il ne s'agit plus guère aujourd'hui que de son emploi interne, tandis qu'il était usité autrefois autant à l'extérieur qu'à l'intérieur : il

n'est donc pas sans intérêt de rappeler aux praticiens les services que ce médicament est susceptible de rendre dans la thérapeutique externe, et qui ont été trop oubliés.

Galien considérait l'aloès, appliqué extérieurement, comme un astringent, et lui reconnaissait la propriété de fermer les ulcères. Après les Grecs, les Arabes, et ensuite bon nombre des thérapeutistes qui leur succédèrent jusqu'au dix-huitième siècle, jusqu'à Geoffroy par exemple, signalèrent l'aloès comme éminemment propre au pansement des plaies et des ulcères, et comme susceptible de favoriser, de hâter leur cicatrisation, et même de réprimer les hémorrhagies fournies par ces solutions de continuité. Les chirurgiens l'employaient fréquemment autrefois, soit en dissolution alcoolique pour laver les ulcères sordides, soit comme topique et mélangé à des substances balsamiques, tels que la myrrhe et l'encens, dans des onguents, des baumes, qui servaient non-seulement au pansement des plaies anciennes, mais même à celui des plaies récentes ; il entrait dans la composition de nombreux vulnéraires, et passait pour prévenir la suppuration, empêcher la formation des ulcères et favoriser la prompte adhésion des bords des plaies dues aux armes tranchantes. A ce dernier titre, le baume du commandeur de Permes, dont l'aloès est un des éléments, jouissait d'une faveur toute spéciale : on réunissait les chairs et l'on appliquait par-dessus une compresse imbibée de cette teinture balsamique composée. Enfin, on faisait entrer l'aloès dans des collyres adressés à diverses lésions ressortissant à l'ophthalmie chronique, ainsi que dans des injections destinées à modifier les trajets fistuleux et à déterminer leur obturation.

Tous ces faits semblent à peu près oubliés aujourd'hui ; c'est à peine si quelques auteurs de matière médicale les mentionnent ; et, si je ne me trompe, il est bien peu de praticiens qui songent de nos jours à l'emploi externe de l'aloès et au parti que l'on peut en tirer ; il est abandonné à la médecine vétérinaire, qui a eu le bon esprit de ne pas s'en dessaisir, et qui continue à s'en servir avec le plus grand avantage, tant comme vulnéraire dans le traitement des plaies récentes, que comme modificateur et cicatrisant pour le pansement des ulcères atoniques, sanieux, fétides et rebelles à la guérison.

C'est bien moins, je l'avoue, après la lecture des vieux auteurs qu'après avoir été frappé de la rapidité avec laquelle les topiques aloétiques cicatrisaient les plaies chez les animaux, que j'ai eu l'idée de les expérimenter chez l'homme ; je n'ai pas tardé à me convaincre que là ils avaient la même utilité. La direction de mes études et

la nature de mes occupations ne mettent à ma portée qu'un nombre restreint de faits chirurgicaux. J'ai réuni néanmoins depuis quelques années des observations suffisantes pour vérifier les remarquables propriétés cicatrisantes de l'aloès. En employant les médicaments composés dont il fait partie, je n'aurais pas nettement apprécié son action ; ces remèdes plus ou moins complexes contiennent des substances balsamiques — myrrhe, encens, benjoin, baumes de Tolu ou de Pérou — qui jouissent aussi de propriétés topiques très-actives, lesquelles entrent nécessairement en ligne de compte dans l'action médicatrice du remède. J'ai donc préféré recourir isolément à l'aloès, et je m'en suis assez bien trouvé pour n'avoir pas eu besoin, dans la majorité des circonstances, d'y joindre un adjuvant.

La préparation à laquelle je me suis arrêté pour l'usage externe est une teinture saturée d'aloès. Les teintures aloétiques, du reste, étaient au nombre des modes d'emploi de ce médicament les plus préconisés par les anciens chirurgiens ; ainsi j'avais en faveur de mes premiers essais l'autorité du passé. Mais la formule de ces teintures était très-variable, et la plupart admettaient au moins un autre élément, balsamique ou gommo-résineux. Ma formule habituelle ne comprend que deux éléments, l'alcool au degré de concentration ordinaire où on le trouve dans les pharmacies, et l'aloès.

J'ai employé d'abord une partie d'aloès et quatre d'alcool ; mais je n'ai pas tardé à voir que plus l'alcoolé contenait d'aloès, plus il agissait efficacement sur les plaies. J'ai donc dû rechercher dans quelles proportions on pouvait saturer l'alcool d'aloès, et je suis arrivé à obtenir, avec une partie d'aloès et deux d'alcool, une dissolution complète. En forçant la dose d'aloès jusqu'à une partie et demie, il se forme un dépôt, et par conséquent une certaine portion d'aloès serait inutile et perdue.

Ma formule reste donc la suivante :

Aloès....................................	1 partie.
Alcool....................................	2

Il faut faire choix d'aloès de bonne qualité, de l'aloès soccotrin par conséquent, lequel est tout aussi préférable pour l'usage externe que pour l'usage interne ; l'aloès hépatique, encore recherché pour la médecine vétérinaire, l'est vraisemblablement plutôt à cause de son prix inférieur qu'en vue de propriétés spéciales. Quant à l'aloès impur nommé *caballin*, il doit être absolument rejeté.

Pour appliquer la teinture alcoolique d'aloès, on y trempe un pin-

ceau de charpie que l'on promène ensuite à la surface des plaies ; ou bien on en imbibe des plumasseaux de charpie qui constituent ainsi le pansement des surfaces suppurantes. On comprend que ce dernier mode d'emploi est plus actif que le premier ; aussi est-ce celui que l'on doit mettre en usage dans le traitement des plaies atoniques qui manifestent peu ou point de tendance à la cicatrisation. L'application de l'alcoolé d'aloès sur les plaies est peu douloureux, et souvent même, quant à la sensation, l'effet local est nul.

Parmi les cas dans lesquels cette méthode de traitement m'a réussi, je citerai particulièrement les plaies de position, survenues chez les sujets atteints de maladies typhoïdes ou cachectiques, et si difficiles d'ordinaire à fermer ; je les fais panser exclusivement avec l'alcoolé d'aloès, ou bien je les fais badigeonner sur leur surface et à leur alentour avec cet alcoolé, et recouvrir ensuite avec des plumasseaux enduits d'onguent styrax. Les plaies de position résistent rarement à l'un ou à l'autre de ces modes de pansement. J'ai obtenu aussi quelques succès remarquables dans le traitement des ulcères atoniques anciens, invétérés ; je citerai entre autres deux exemples d'ulcères variqueux aux jambes, datant de plusieurs années, et qu'aucun moyen n'avait modifiés jusque-là ; pansés avec persévérance pendant deux mois environ avec des plumasseaux imbibés d'alcoolé d'aloès, ces ulcères ont fini par se cicatriser complétement et d'une manière durable.

Je crois que ce topique serait appelé à produire de grands avantages dans le traitement des plaies qui succèdent aux brûlures, et qui tendent si souvent à s'ulcérer et à revêtir les plus fâcheux caractères.

En mille circonstances, en un mot, la thérapeutique chirurgicale aurait à s'applaudir de l'emploi des topiques aloétiques, et ils méritent à tous égards d'être relevés de la désuétude où il sont tombés. La teinture dont je viens de recommander la formule serait, à mon avis, l'un des meilleurs auxquels on pourrait recourir ; que, si elle était inefficace en certains cas, on pourrait aussi y ajouter un ingrédient balsamique, tel que le benjoin ou l'encens.

Enfin il n'est pas sans intérêt d'ajouter que nous pouvons journellement tirer profit des propriétés cicatrisantes de l'aloès dans le traitement des plaies et ulcères de nos animaux domestiques, du cheval par exemple, dont le médecin en particulier a si souvent besoin de réclamer les services. On sait combien ce dernier animal est exposé aux plaies par suite des coups, des contusions qu'il se donne ou reçoit à l'écurie, par suite encore du froissement du col-

lier, de la selle ou des diverses pièces du harnachement. Or le pansement avec la teinture saturée d'aloès dessèche et ferme avec une rapidité merveilleuse les écorchures, les plaies des chevaux, et les empêche de dégénérer en ulcères. Ce renseignement d'hippiatrique ne saurait être dédaigné par les praticiens de ville, et de campagne surtout, qui s'intéressent à l'utile et courageux animal associé à leurs courses et à leurs pérégrinations.

J. Delioux de Savignac.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Traitement du muguet par l'emploi topique de la liqueur de Van Swieten.

De tous les moyens que j'ai employés pour combattre le muguet, borax, alun, bicarbonate de soude, azotate d'argent, etc., aucun ne m'a fourni de résultats plus prompts et plus sûrs que la solution de bichlorure de mercure. Après avoir diminué successivement, dans les collutoires et les glycérolés dont je me servais, la dose de sublimé, je me suis arrêté à l'usage de la liqueur de Van Swieten, dans laquelle, comme chacun le sait, la proportion de bichlorure de mercure est d'un millième.

La nature parasitaire du muguet étant parfaitement établie par les recherches contemporaines de MM. Berg, Gruby, Ch. Robin, Gubler, etc., confirmées par tous les observateurs, j'ai pensé que l'agent le plus efficace pour la destruction des végétations cryptogamiques devait triompher très-rapidement des sporules de l'*oïdium albicans*. L'expérience est venue justifier cette induction. Touchée par la solution de bichlorure, la mucédinée du muguet se flétrit et cesse de se reproduire.

Les parties envahies par le muguet, après avoir été essuyées avec un linge sec et soigneusement débarrassées du produit parasitaire, sont badigeonnées trois ou quatre fois chaque jour avec un pinceau trempé dans la liqueur de Van Swieten, soit pure, soit additionnée de quelques gouttes d'alcoolat de menthe pour en modifier la saveur. Il suffit ordinairement de deux ou trois jours pour détruire jusqu'aux derniers vestiges des végétations cryptogamiques.

Les deux observations suivantes, recueillies chez des adultes atteints de muguet pendant le cours de maladies aiguës, démontrent la rapidité d'action de ce mode de traitement.

Obs. I. Le nommé Masson (Ernest), âgé de trente-quatre ans,

couché depuis plus de trois semaines au n° 14 de la salle Sainte-Madeleine (Hôtel-Dieu), était au déclin d'un rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, affection de forme adynamique, dont le début remontait à près d'un mois, quand il fut pris de muguet.

Le 29 juillet, la fièvre avait presque cessé et les douleurs avaient notablement diminué depuis plusieurs jours, lorsque ce malade se plaignit d'une sensation d'ardeur dans la gorge et d'une gêne assez grande dans la déglutition. La langue, la muqueuse des joues et des lèvres, la luette et les piliers du voile du palais étaient parsemés de nombreuses plaques blanchâtres; la salive rougissait fortement le papier de tournesol.

Les parties malades, préalablement essuyées avec soin et débarrassées du produit morbide, furent badigeonnées trois fois dans la journée, avec un pinceau imbibé de liqueur de Van Swieten.

Le lendemain l'amélioration était considérable: à peine sur quelques points circonscrits voyait-on trace du muguet. Trois nouvelles applications de liqueur de Van Swieten, faites pendant la journée, enlevèrent ces derniers vertiges, et le jour suivant, bien que la bouche fût complétement débarrassée, deux nouvelles applications eurent lieu. L'*oïdium albicans* ne s'était pas reproduit lorsque, quinze jours plus tard, le malade sortit guéri de son rhumatisme.

Obs. II. Vasseur (Claude), âgé de cinquante-quatre ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet (salle Sainte-Madeleine, n° 12), commençait à être en convalescence d'un érysipèle de la face, dont la forme ataxo-adynamique avait été des plus graves, lorsque le 11 août, deux jours après la rémission des symptômes fébriles, il se plaignit de ne pouvoir avaler librement et d'éprouver dans la gorge une sensation de gêne et de douleur. Sur le voile du palais et sur les parois de la bouche, particulièrement dans les replis gingivo-labiaux, je constatai l'existence de plusieurs plaques de muguet peu étendues et assez distantes les unes des autres. La muqueuse, bien nettoyée avec un linge sec, fut badigeonnée avec la liqueur de Van Swieten.

Le lendemain le malade avalait librement, les productions cryptogamiques avaient disparu. Bien qu'on ne vît plus aucun point blanchâtre, deux applications furent faites pendant ce jour et le jour suivant. Une observation quotidienne permit de constater qu'il n'y eut pas de récidive.

Mainte fois j'ai eu occasion d'employer cette médication sur des phthisiques arrivés à la période ultime de leur affection, et toujours j'ai réussi à les débarrasser de cette pénible complication. Rarement

j'ai dû faire des applications pendant plus de trois ou quatre jours consécutifs. Chez un très-petit nombre de ces phthisiques, l'apparition de nouveaux points blanchâtres revenant après plusieurs jours d'intervalle m'a obligé à reprendre pendant un jour ou deux l'usage de la liqueur de Van Swieten.

J'ai employé cette médication sur plusieurs enfants : elle est parfaitement supportée, et jamais je n'ai vu survenir d'accidents sous l'influence de la très-minime quantité de solution nécessaire pour les badigeonnages. La diarrhée, lorsqu'elle existe, n'en est pas augmentée.

Dans l'observation suivante, recueillie sur un enfant de six jours, la guérison a été très-rapide, bien que le muguet fût confluent; l'action du bichlorure de mercure a été toute topique et sans influence appréciable sur le tube digestif.

Obs. III. Un enfant, né dans la salle Saint-Landry (Hôtel-Dieu) et nourri au biberon, était atteint, le 1er août, sixième jour de sa naissance, d'un muguet confluent répandu surtout sur la langue, le palais et la muqueuse des joues et des replis labiaux. La salive, notablement acide, rougissait fortement le papier de tournesol [1]. La muqueuse, essuyée et débarrassée autant que possible des particules blanchâtres de l'oïdium, fut touchée deux fois dans la soirée avec la liqueur de Van Swieten. Le lendemain, les surfaces envahies étaient de plus de moitié moins étendues que la veille; quatre applications furent faites pendant la journée. Le troisième jour, trois ou quatre petits points blanchâtres furent badigeonnés à trois reprises différentes. Le quatrième jour, il ne restait plus traces du muguet; on cessa l'emploi de la solution. Quelques jours plus tard la bouche continuait à être en très-bon état, et les digestions se maintenaient très-régulières lorsque l'enfant sortit de l'hôpital.

Dr. E. Vidal.
Médecin des hôpitaux.

---

[1] Le résultat de mes expériences sur la réaction de la salive chez les nouveau-nés confirme le bien fondé de l'opinion soutenue par M. Seux, de Marseille, dans les *Recherches sur les maladies des nouveau-nés* (Paris, 1855). D'après cet auteur, l'acidité serait l'état normal de la salive chez les enfants à la mamelle. Les observations que j'ai faites sur ce sujet m'ont montré que lorsque l'enfant est *à jeun*, deux heures au moins après la dernière tetée, la salive est *constamment* plus ou moins acide, tandis que pendant l'heure qui suit l'ingestion du lait, elle est neutre ou absolue.

Cette acidité normale est toujours plus faible que l'acidité de l'état morbide, dans lequel se développe le muguet.

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire général des sciences médicales, par M. le docteur Cavasse, ancien interne des hôpitaux, médecin adjoint de Mazas, etc.; quatrième année, 1860.

Dans un temps comme le nôtre, où l'érudition est tellement de mode qu'elle est bien près de tenir lieu d'originalité, et où, d'un autre côté, les découvertes scientifiques ou qu'on croit telles, les travaux de toute sorte, grands ou petits, nouveaux ou anciens, bons ou mauvais, se produisent, croissent et se multiplient avec une rapidité comme vertigineuse, il serait difficile, en vérité, même à la plus laborieuse activité, de suivre dans sa marche et d'embrasser dans son abondance ce vaste courant d'élucubrations si, par un inventaire clair et précis, quelqu'un ne prenait à tâche de les offrir à l'esprit sous la forme, en quelque sorte, d'un aliment commode et facile : cette tâche M. le docteur Cavasse se l'est imposée et il l'accomplit à merveille, sinon vite. Son livre répond à un besoin, à une nécessité, sur lesquels il serait superflu d'insister ; disons-le de suite et sans détour, il y satisfait pleinement.

A voir, dans le livre de M. Cavasse, l'agencement tout simple des matières qu'il contient, la facilité extrême avec laquelle on remonte à la source d'un renseignement, on serait tenté de croire que rien n'a été plus aisé au monde que de le composer : c'est là une illusion qui est le mérite du livre et fait le charme de celui qui s'en sert.

Ce n'est pas, en effet, chose si facile que de fouiller avec discernement dans un chaos où s'amoncellent incessamment et se mêlent les productions les plus disparates, où il faut tout débrouiller, mettre tout à sa place, résumer succinctement, sans altérer. Il n'était possible de se sauver des embarras et des difficultés de la tâche que par de la méthode ; pour montrer que M. Cavasse a choisi la meilleure, parce qu'elle est la plus simple et la plus naturelle, il nous suffira d'énoncer rapidement le plan qu'il a adopté. Il commence par le relevé analytique de tous les faits et travaux qui concernent l'anatomie et la physiologie, et les range selon les grandes fonctions auxquelles ils se rapportent; puis, considérant la pathologie dans ses deux grandes divisions, pathologie interne ou médecine, pathologie externe ou chirurgie, il y subordonne respectivement toutes les publications qui s'y rattachent, en suivant d'ailleurs la même mar-

che que précédemment, c'est-à-dire en considérant d'abord la fonction ou l'appareil, et ensuite les divers organes ou portions d'organes. — Les accouchements, la thérapeutique, les eaux minérales, l'hygiène, la toxicologie et la médecine légale complètent, dans autant de chapitres à part, ce cadre qui embrasse, comme on le voit, la science médicale entière. Sans doute, dans l'exposé des travaux ou le résumé des observations, on pourrait désirer parfois un peu plus de détails, un peu moins d'abandon et de rapidité dans l'analyse; mais qui peut se flatter de réunir à la fois tous les mérites. D'ailleurs la critique ne saurait trouver place dans un livre de cette nature; encore moins peut-il donner une reproduction complète des faits publiés ; il doit se borner, et se tenir sévèrement dans les limites qu'il s'est tracées, sous peine de tomber dans un excès contraire. Avant tout, il doit être un guide substantiel, facilitant la recherche bibliographique, et montrant, par une analyse sommaire et claire que cette recherche ne sera pas peine perdue : or ce but essentiel est justement atteint par le livre de M. Cavasse.

Quelques personnes se sont encore émues des retards de sa publication : ceci prouve qu'il se fait désirer, comme toutes les bonnes choses. Mais quand on songe aux imperfections habituelles des publications trop hâtives, on se résigne à attendre, avec l'espoir qu'on ne peut qu'y gagner; cet espoir devient une conviction quand il s'agit d'attendre M. Cavasse : il n'a donc pas besoin de se presser, pourvu qu'il arrive.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveau cas de tétanos traumatique guéri par l'opium a haute dose. — Lorsqu'on se trouve en face d'une de ces affections, malheureusement trop nombreuses, qui se disputent le triste privilége de déjouer d'habitude tous les efforts de la thérapeutique, qu'y a-t-il à faire de mieux que d'aller droit à l'emploi de celui des agents auquel peut être attribué, de par l'expérience, la plus grande somme de succès? Dans ce cas est l'opium vis-à-vis du tétanos. Ce recueil fournirait au besoin une riche collection de faits à l'appui de cette vérité; mais elle est de celles pour lesquelles on ne saurait jamais accumuler trop de preuves : tout nouveau succès de ce genre, en rehaussant la valeur du médicament, tend à raffermir la confiance du praticien et à fixer ses déterminations hésitantes. A ce point de vue, la signification du fait que nous rapportons ci-après, et dont

la relation intéressante est due à M. Hennequin, interne des hôpitaux, n'échappera à aucun de nos lecteurs.

Le 28 septembre entrait à l'hôpital Necker (service de M. Désormeaux) le nommé Foucault (Louis), âgé de trente ans, carrier. Un bloc de pierre venait de lui écraser les extrémités des quatre premiers orteils du pied gauche. L'hémorrhagie était modérée; on se contenta d'appliquer des compresses trempées dans de l'alcool camphré étendu d'eau. Pendant huit jours la douleur fut atroce. On substitua aux compresses un pansement simple au glycérolé d'amidon. Le jour même de ce changement, le malade ressentit des douleurs plus aiguës : des élancements fréquents lui traversaient le pied, comme des coups d'aiguille; la cuisson devint intolérable; des soubresauts agitaient les muscles du membre malade. Il fut pris de fièvre, et des troubles cérébraux, consistant surtout en hallucinations de la vue, se manifestèrent.

Le lendemain, 14 octobre, la déglutition est difficile, l'écartement des mâchoires incomplet; les ouvertures palpébrales diminuées; la conjonctive oculaire est le siége d'une injection évidente. La fièvre est un peu tombée; perte de l'appétit.

Le 15. Tous les symptômes se sont aggravés : à la difficulté de l'écartement du maxillaire inférieur a succédé un trismus complet; la respiration est courte et saccadée; les muscles abdominaux résistent à la pression; les membres sont roides comme des barres de fer; le malade peut être levé tout d'une pièce, étant saisi par l'occiput : des secousses très-violentes et souvent répétées, comme des décharges électriques, lui traversent le corps et les membres. Le diagnostic était précis, il fallait agir. On prescrit : potion avec 0gr,40 d'extrait thébaïque; deux bains de vapeur dans la journée; pansement des plaies avec glycérolé d'amidon, 30 grammes, additionné de chlorhydrate de morphine, 1 gramme.

Disons de suite, pour ne plus y revenir, que cette quantité de glycérolé durait un jour et demi, et que ce même pansement fut employé pendant toute la durée du traitement.

Le 16. Légère rémission des symptômes tétaniques; cependant la respiration est encore accélérée, pénible, le pouls est fréquent, les facultés intellectuelles sont conservées. Le corps du malade est constamment couvert de sueurs abondantes; des éruptions sudorales apparaissent en différents points de la surface cutanée. Potion avec 0gr,50 d'extrait d'opium; deux bains de vapeur.

Le 18. Amélioration; roideur moins accusée; respiration plus libre.

Le 19. Les symptômes, au lieu de continuer leur marche décroissante, ont considérablement augmenté : les secousses deviennent plus fréquentes et plus douloureuses ; la respiration est anxieuse, le malade est sous le coup de l'asphyxie. Pas de selles depuis plusieurs jours. Potion avec 0gr,60 d'extrait thébaïque ; deux bains de vapeur ; lavement purgatif.

Le 20. Amélioration sensible ; le lavement a eu une heureuse influence. L'insomnie ne fait que s'accroître avec la dose d'opium.

Le 22. L'amélioration se soutient, mais ne progresse que lentement. Potion avec 0gr,70 d'extrait thébaïque. Deux bains de vapeur.

Les 23, 24 et 25. L'extrait thébaïque est augmenté de 0gr,10 chaque jour. On arrive ainsi à la dose de 1 gramme, sans remarquer le moindre phénomène toxique. Les bains de vapeur sont continués avec avantage. Le malade ressent immédiatement après ceux-ci un soulagement marqué, qui, malheureusement, n'est pas de longue durée.

Le 26. La nuit a été moins bonne : le malade a été en proie à un peu d'agitation. Cependant la roideur est évidemment moins considérable, surtout dans les muscles du tronc. Les muscles des membres résistent à l'action thérapeutique de l'opium avec une opiniâtreté remarquable. L'insomnie est constante.

Le 27. Le maxillaire inférieur a recouvré en partie la liberté de ses mouvements ; les membres ne sont plus condamnés à une rectitude fatigante. Les mouvements respiratoires ont repris leur facilité presque normale. Les plaies marchent vers la cicatrisation. Les secousses perdent de leur fréquence et de leur intensité.

Malgré cette détente générale, cette rémission évidente, la potion avec 1 gramme d'opium est continuée jusqu'au 4 novembre. A partir de ce jour, la dose d'extrait thébaïque fut successivement diminuée de la même manière qu'elle avait été augmentée ; puis, on la supprima le 14 novembre. On vit le sommeil revenir au fur et à mesure que la dose d'opium était décroissante.

Le 30 novembre, le malade quittait l'hôpital en parfaite santé.

Entre autres particularités intéressantes, deux points méritent surtout d'être relevés dans cette observation, comme étant la source d'un enseignement qui ne doit pas être perdu : elle montre, en premier lieu, qu'une première modification favorable étant obtenue par les premières doses d'opium, il ne faut point s'arrêter à celles-ci, sous peine de voir cette modification demeurer stationnaire ou même rétrocéder. Il est donc nécesssaire d'élever successivement la dose du médicament jusqu'à ce que l'amélioration se manifeste par des

progrès certains et durables. Il résulte, d'un autre côté, du fait qui précède comme d'un grand nombre d'autres semblables, que les conditions morbides créent, en pareille circonstance, une remarquable immunité contre les effets des doses véritablement toxiques de l'agent thérapeutique administré : aussi ne doit-on pas sacrifier à l'appréhension d'accidents physiologiques, moins graves d'ailleurs que la maladie à combattre, le but poursuivi et l'urgence de lutter contre l'imminence incessante de phénomènes mortels, l'asphyxie, par exemple, par roideur tétanique des muscles respiratoires. Dans ce cas particulier, l'insomnie et la constipation ont constitué les seuls accidents attribuables à l'opium ; il est vrai qu'on a été loin d'atteindre la dose à laquelle il a été porté, dans de semblables conditions, par d'autres praticiens : M. Bouillon-Lagrange, entre autres, n'est-il pas allé jusqu'à cent quatre-vingts gouttes de laudanum de Rousseau, en potion, pendant qu'il administrait, d'autre part et simultanément, 0gr,15 de chlorhydrate de morphine, par la méthode endermique ? Un plein succès, comme on sait, couronna cette hardiesse thérapeutique.

Dans le cas qui précède, l'action adjuvante du chlorhydrate de morphine en applications locales a eu, dans le résultat obtenu, une part qu'il ne faut pas sans doute méconnaître ; mais nous ferons remarquer que le moyen ne sort pas, en définitive, de la médication principale, ou narcotique.

Quant aux bains de vapeur, leur action, en cette circonstance, paraît avoir été limitée, comme dans la plupart des cas, d'ailleurs, où ils sont employés, à une influence purement sédative sur les phénomènes douloureux, influence dont la durée ne dépassait guère, au reste, celui du bain lui-même. Mais quelque minime et passager que fût ce bénéfice, il avait ici une valeur, que les instances du malade à le réclamer font suffisamment apprécier pour ne le pas dédaigner à l'occasion.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DANS LA CHIRURGIE OCULAIRE. — Le professeur de Graefe vient de faire une série de leçons cliniques sur l'emploi des injections sous-cutanées dans la chirurgie oculaire, que nous croyons devoir reproduire en partie. Ses expériences ont porté seulement sur l'acétate de morphine et le sulfate d'atropine. Le point le plus favorable pour faire ces injections est la partie moyenne de la tempe, et c'est celui que choisit le célèbre ophthalmologiste dans toutes les circonstances où il n'existe aucune indication spé-

ciale, telle qu'une névralgie ou des phénomènes spasmodiques, donnant lieu de penser qu'un autre point pourrait être préférable. C'est par plusieurs centaines que M. de Graefe compte les cas dans lesquels il a eu recours à ces injections, en les répétant à des intervalles d'un ou deux jours. Le tégument doit être bien soulevé des couches sous-jacentes, la canule poussée jusque dans le tissu cellulaire, et la peau appliquée exactement autour de la canule, de manière à prévenir le retour du liquide injecté.

La quantité d'acétate de morphine employée dans les expériences de M. de Graefe a varié d'un dixième de grain à un demi-grain, soit en moyenne un cinquième ou un sixième. La solution était dans la proportion de 4 grains d'acétate pour 1 dragme (1gr,771) d'eau distillée ; elle doit être neutre ou seulement très-faiblement acide.

L'action physiologique est la même que lorsque la morphine est ingérée dans l'estomac; mais elle est en général plus prononcée, et par conséquent la quantité injectée doit être moindre, d'un tiers environ, que celle qu'on administrerait à l'intérieur. L'action sur l'iris est intéressante. Souvent au bout d'une minute, quelquefois dans l'espace d'un quart d'heure, la contraction spéciale de cette membrane (*opium-myosis*) se manifeste; cette contraction s'observe mieux en comparant les dimensions des pupilles à une lumière modérée. Le degré et la durée de la myose varient d'une manière extraordinaire; dans un grand nombre de cas, elle persiste bien marquée pendant plusieurs heures et disparaît lentement. Parfois, chez les personnes très-irritables, et lorsque la quantité de morphine a été relativement considérable, il se produit un spasme du muscle d'accommodation de l'iris; quand ce phénomène se présente, c'est à une période avancée, à la fin de la phase d'irritation.

Les indications thérapeutiques les plus importantes des injections sous-cutanées de morphine, d'après de Graefe, sont les suivantes : 1° dans les cas d'accidents traumatiques ayant intéressé le globe oculaire, peu après le début, lorsqu'il y a une douleur intense, par exemple à la suite de la pénétration de corps étrangers, de brûlures superficielles ou des plaies produites par un coup d'ongle; la douleur se calme plus rapidement par une injection sous-cutanée de morphine que par l'instillation d'une solution d'atropine entre les paupières et la compression. M. de Graefe est opposé aux applications de sangsues après l'extraction des corps étrangers, dans les cas de contusion et à la suite des plaies pénétrantes; il les regarde comme plus propres à produire qu'à prévenir l'inflammation et la

suppuration; — 2° après les opérations pratiquées sur l'œil, quand elles sont suivies à bref délai de douleurs intenses ; 3° — dans les névroses des nerfs ciliaires qui accompagnent l'iritis, la choroïdite glaucomateuse et plusieurs formes d'inflammation de la cornée ; — 4° comme antidote dans l'empoisonnement par l'atropine, action signalée par M. B. Bell en 1857 ; — 5° dans les affections névralgiques des branches terminales du trijumeau à la région frontale, non dépendantes d'une affection oculaire ;—6° dans diverses formes de spasmes réflexes, tels que le spasme des paupières dans la kératite traumatique, et la contraction spasmodique sur le trajet du nerf facial.

Quant aux injections d'atropine, la plus grande prudence est nécessaire. Chez quelques individus, un soixantième de grain suffit pour donner lieu à des symptômes généraux. En général, la première dose injectée ne doit pas excéder cette quantité ; on peut ensuite l'augmenter graduellement jusqu'à un vingtième de grain. D'après M. de Graefe, l'emploi de l'atropine en injections est très-limité, et pour produire l'effet mydriatique la forme d'instillation est préférable. Même lorsqu'on en injecte une forte quantité, la dilatation des pupilles est modérée et le pouvoir d'accommodation de l'iris n'est pas suspendu, tandis que l'effet désiré s'obtient par de beaucoup plus faibles doses instillées entre les paupières. Dans la névralgie, les injections d'atropine n'amènent pas de résultats, et n'en donnent que de très-douteux dans les affections spasmodiques, en sorte que leur emploi semble se borner aux cas dans lesquels la conjonctive ne tolérerait pas la présence de l'atropine.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi de l'essence de térébenthine à l'intérieur contre la céphalée des femmes nerveuses. Nos lecteurs ne peuvent avoir oublié—le nom de l'auteur nous en est un sûr garant — l'article que nous avons publié il y a quelques semaines sur le traitement des névralgies ; ils se souviennent du bon témoignage donné par M. le professeur Trousseau, après Graves, après Récamier et Martinet, en faveur de l'huile essentielle de térébenthine comme agent curatif de ces affections souvent si pénibles. A ce témoignage si puissant nous venons ajouter aujourd'hui celui d'un des médecins les plus distingués des départements, M. le professeur Teissier, de Lyon. C'est surtout dans le traitement de la céphalée des femmes nerveuses que M. Teissier se loue de l'emploi de la térébenthine, et voici dans quels termes il spécifie ces sortes de cas :

« Cette affection est commune, souvent cruelle, faisant le désespoir des personnes qui en sont atteintes et de leur médecin. Il ne faut pas la confondre avec la névralgie ordinaire, périodique ou irrégulière, de la face ou du crâne, ni avec la migraine. La céphalée dont nous parlons est carac-

térisée par une douleur de tête beaucoup plus fixe et plus continue, pouvant durer non-seulement des semaines, mais des mois et des années entières, en ne présentant que de rares et faibles intermissions.

« C'est une douleur tantôt sourde, tantôt lancinante, quelquefois pulsative, n'occupant qu'un seul point de la tête ou le crâne tout entier, pouvant s'accompagner de nausées ou même de vomiturititions, et se compliquer encore de phénomènes beaucoup plus sérieux, tels que vertiges et tendance aux syncopes, inaptitude à penser, impossibilité de se livrer à aucun travail, découragement, dégoût de la vie, parfois même troubles de la sensibilité générale, engourdissements dans les membres, etc.

« Cette céphalée s'observe surtout chez les femmes nerveuses, à sensibilité exquise, à constitution délicate, un peu anémiques et surtout hystériques. Elle coexiste souvent avec la dysménorrhée, l'aménorrhée, et aussi avec une disposition aux règles trop abondantes, sans qu'il soit rare pourtant de l'observer chez des personnes de belle et forte constitution et dont la menstruation est régulière. Elle peut être essentielle, sympathique ou symptomatique ; assez fréquemment elle est liée à une disposition herpétique ou rhumatismale... »

Ainsi que le fait remarquer notre confrère de Lyon, la thérapeutique n'est pas désarmée contre cette affection : la valériane, l'assa-fœtida, les éthers, le cyanure de potassium, l'aconit, etc., se montrent assez souvent efficaces ; mais ce sont surtout les méthodes générales de traitement, appropriées aux divers états constitutionnels, qui produisent de bons résultats : les reconstituants du sang et surtout les ferrugineux, l'hydrothérapie, diverses eaux minérales.

Mais trop souvent ces moyens échouent, avec quelque méthode et quelque persévérance qu'on les emploie ; ne serait-on pas heureux alors d'avoir à sa disposition un autre agent capable d'alléger les souffrances des malades ? Cet agent, c'est celui qu'a recommandé Graves précisément contre la céphalalgie des jeunes femmes, que préconise M. Trousseau contre les névralgies, et dont M. Teissier a reconnu à son tour l'efficacité, sans toutefois prétendre, bien entendu, qu'il triomphe partout et toujours.

Notre confrère cite à l'appui plusieurs faits très-concluants, entre autres celui d'une dame de quarante ans affectée de ménorrhagies habituelles, et qui, probablement sous l'influence de l'appauvrissement du sang, était en proie, depuis plusieurs mois, à des douleurs de tête sourdes, profondes, accompagnées d'un symptôme extrêmement pénible, de vertiges survenant tout à coup, et assez forts pour provoquer de véritables syncopes. La maladie ayant résisté à divers moyens qui semblaient indiqués, la térébenthine en triompha rapidement, et amena en même temps la cessation des ménorrhagies.

M. Teissier, comme M. Trousseau, administre le médicament dans des capsules et au moment des repas ; mais l'expérience lui a appris que, pour cette affection, il n'est pas nécessaire de porter la dose aussi haut que l'ont fait Graves et le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu : deux ou trois capsules contenant chacune 8 gouttes d'essence lui ont suffi, dans les cas où il y a eu recours, pour enrayer la maladie. (*Gaz. méd. de Lyon*, janv. 1864.)

Deux observations de diabète traumatique. Depuis la découverte de M. le professeur Cl. Bernard, démontrant qu'en piquant le plancher du quatrième ventricule on détermine le diabète, le champ pathogénique de la glycosurie artificielle a été augmenté ; il est acquis en effet qu'on peut obtenir le même résultat en blessant profondément le bulbe, les pédoncules cérébelleux, le pont de Varole, la moelle allongée, la partie supérieure de la moelle, etc. D'un autre côté, plusieurs observateurs : MM. Ch. Bernard, Fischer, Plagge, Schiff, Todd, Moutard-Martin, Chassaignac, etc., ont signalé des cas de glycosurie consécutive à des violences ayant porté directement sur la tête. Ces faits présentent une grande importance, car ils peuvent conduire à la détermination de la pathogénie et de la physiologie pathologique du diabète sucré, et, de plus, à des données utiles relativement à la thérapeutique. Ne sait-on pas que M. Kunkler, appelé auprès d'un diabétique dont le mal avait déjoué toutes les ressources de l'art, et ayant trouvé une sensibilité morbide à la partie supérieure de l'épine dorsale, guérit son malade par les ventouses scarifiées et les vésicatoires appliqués à la nuque et derrière les oreilles ? L'intérêt qu'offrent donc ces sortes de cas, nous engage à

insérer ici les deux suivants, dus à M. le docteur Klée, de Ribeauvillé, qui attribue l'un aux effets d'une commotion cérébrale, et explique l'autre par une altération traumatique, probable, mais légère, de la moelle cervicale.

Le premier de ces cas est celui d'une femme âgée de vingt-quatre ans, forte et robuste, qui avait été frappée à coups de hache par un fou furieux. Elle avait reçu quatre blessures, situés l'une à la fosse sus-épineuse, les trois autres au côté gauche de la tête; de ces dernières, deux étaient pénétrantes, et par l'une d'elles, siégeant à la bosse frontale, on voyait sur le feuillet viscéral de la dure-mère une ligne rougeâtre correspondant à une légère dépression de la substance encéphalique. Dès le lendemain, le 22 août, la malade accusait une soif vive, qui fut d'abord considérée, malgré une réaction modérée, comme symptomatique d'une complication inflammatoire, sans que cependant il fût possible d'en préciser le siége et la nature. Mais, trois jours après, la malade accusant toujours une soif vive, et de plus des besoins fréquents d'uriner, les urines furent examinées : elles étaient peu colorées, limpides, d'une saveur sucrée, et, soumises à l'ébullition avec un morceau de potasse caustique, elles prirent une coloration brun rougeâtre. Jusqu'au 6 septembre, la polydipsie et la polyurie allèrent en augmentant (5 à 6 litres de boissons, 7 à 8 litres d'urine par jour). Ces symptômes restèrent stationnaires, puis s'amendèrent rapidement; le 26 septembre, il n'y avait plus que des traces de glycose, et il n'en restait pas le 5 octobre. Néanmoins la sécrétion rénale continua à être abondante et ne rentra que quinze jours plus tard dans ses limites physiologiques. Les plaies s'étaient réunies rapidement par première intention. Le traitement consista dans l'administration du bicarbonate de soude, à la dose quotidienne de 4 grammes, tant que les urines continrent du sucre, puis dans celle du tannin pour combattre l'hypersécrétion simple des reins.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme indigente, de soixante-deux ans, d'une constitution primitive robuste, et jouissant d'une bonne santé habituelle, qui, le 3 août dernier, portant une charge de bois sur sa tête, trébucha et tomba en arrière. Après un évanouissement de peu de durée, revenue à elle, elle s'aperçut d'un petit écoulement de sang à la partie postérieure de la tête, et ressentit une douleur à la nuque, au côté gauche du cou, dans la région de l'omoplate et en même temps de l'engourdissement dans le bras correspondant. A l'examen, cette femme ne présentait point de lésion apparente de la nuque, aucun signe de fracture ni de luxation des vertèbres cervicales; seulement, à la hauteur de la troisième apophyse épineuse, point douloureux qu'exaspère la pression, et de plus, douleurs vagues, élancements dans tout le côté gauche du cou, dans l'oreille, l'omoplate, avec engourdissement du bras; accablement général. Ventouses scarifiées à la nuque, puis narcotiques, résolutifs, stimulants, révulsifs. Quelque temps après, la malade commença à se plaindre d'une soif vive, puis plus tard d'une faim continuelle, et d'obscurcissement de la vue; en même temps elle s'affaiblissait à vue d'œil. Les urines n'étaient pas d'ailleurs plus abondantes qu'à l'ordinaire. Examinés, cependant, elles présentaient la saveur sucrée, une densité de 1054, et avec la potasse caustique la réaction caractéristique. Des vésicatoires furent appliqués à la nuque, le bicarbonate de soude fut administré, l'huile de foie de morue, etc. La guérison n'était pas encore obtenue; il y avait seulement un peu d'amélioration lors de la publication du cas. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, nov. 1865.)

Accouchement prématuré artificiel pratiqué avec succès dans un cas de vomissements et de diarrhée incoercible pendant la grossesse. C'est un point désormais admis, sauf quelques rares dissidences, qu'indépendamment des rétrécissements pelviens, toute condition morbide revêtant, sous l'influence de la gestation, une gravité particulière et menaçante pour la vie, constitue une indication de l'accouchement prématuré ou de l'avortement provoqué. Voici un cas à ajouter à ceux déjà connus qui témoignent des avantages de cette pratique :

X***, âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament nerveux à l'excès, eut une première grossesse, marquée par des vomissements opiniâtres. Le 15 juillet 1865, elle est arrivée au huitième mois d'une grossesse encore plus orageuse que la première, puisqu'à des vomissements répétés s'ajoute

une diarrhée incoercible, quo les moyens les plus rationnels et les plus variés ne peuvent faire disparaître. Depuis le troisième mois jusqu'au sixième, le flux intestinal a été chaque jour médiocrement abondant ; mais à partir du sixième mois jusqu'au commencement du huitième, il prend des proportions vraiment inquiétantes pour la mère et pour l'enfant. Aussi, après avoir épuisé toute la série des astringents et des toniques amers, après avoir constaté la grande faiblesse de la mère et le peu de viabilité du fœtus par l'auscultation, M. Lizé, du Mans, se détermina à provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Il cautérisa d'abord le col utérin avec un bâton de nitrate d'argent introduit dans son orifice, suivant le procédé du professeur Giordano, de Turin ; mais le succès ne vint pas couronner cette tentative. A l'aide de l'appareil Eguisier, neuf douches utérines de douze à quinze minutes furent pratiquées, et l'expulsion du fœtus eut lieu sans accident appréciable. L'enfant, garçon, d'un volume à peine en rapport avec le terme de sept mois révolus, dans un état de faiblesse extrême, fut confié à une nourrice, mais ne tarda pas à succomber. Quant à la mère, malgré son épuisement, elle put graduellement recouvrer la santé, sous l'influence d'un régime tonique et réparateur. (*Union méd.*, déc. 1863.)

Prolongation de l'anesthésie chloroformique pendant plusieurs heures par l'application sous-épidermique de substances narcotiques. Le professeur Nussbaum a obtenu cet effet sur un malade qu'il opérait d'un carcinome de la région sous-claviculaire, en injectant, pendant qu'il était encoro sous le coup de la chloroformisation, une solution de 5 centigrammes d'acétate de morphine par la méthode sous-cutanée. L'opéré ne se réveilla point de l'état chloroformique, mais dormit en respirant tranquillement pendant douze heures. Pendant ce sommeil, il supporta, sans la moindre réaction, des piqûres d'épingle, des incisions, même le cautère actuel. Le professeur Nussbaum, encouragé par ce résultat surprenant, répéta les mêmes tentatives avec le même succès sur trois autres opérés. Chez un malade qui subit une résection de la mâchoire supérieure, le sommeil dura huit heures, tandis que les injections sous-cutanées, hors de l'état chloroformique, avaient complétement échoué.

Si les faits que signale le professeur allemand se répètent, nul doute que la thérapeutique ne trouve dans l'emploi de ces moyens une médication puissante qui pourrait être tentée dans les névroses graves, comme le tétanos. (*Intelligenzblatt f. bayer. Aerzte* et *Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Alimentation après l'accouchement. M. le docteur Lowndes a adopté, pour ses malades *en couches*, un régime nourrissant. Immédiatement après la délivrance, il leur donne du thé, du gruau, le lendemain du bouillon, et au bout de quarante-huit heures, il les met au régime ordinaire. Cette manière d'agir épargne, dit-il, aux accouchées les tranchées abdominales, conséquence d'un régime trop tenu, ainsi que les douleurs musculaires qu'elles éprouvent au moment où elles commencent à se lever. Il attribue aussi à cette méthode la rareté, chez ses clientes, des affections du sein et du mamelon. (*Liverp. med. instit.*, *et Gazette médicale de Lyon*, décembre).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Traitement de la pellagre par les eaux sulfureuses. Plusieurs pellagreux ont été reçus à l'hôpital civil de Baréges et soumis, par M. le docteur Le Bret, à l'action des eaux.

L'emploi des sources sulfureuses naturelles pour combattre les ravages de la pellagre, n'est point nouveau. Un très-honorable praticien des Hautes-Pyrénées, M. Verdoux père, dès 1840, recourait avec le plus grand succès à l'eau de Labassère, pour guérir les nombreux pellagreux de sa clientèle rurale. M. le docteur Duplan, de Tarbes, dans un rapport adressé au préfet du département, a confirmé ces résultats, et depuis lors on a constaté l'heureux emploi des eaux de Labassère, de Cauterets et de Gazost dans le traitement de la pellagre. Il est donc établi que, depuis assez longtemps, dans les Pyrénées, l'induction avait amené les médecins à rechercher le remède à côté du mal.

M. Le Bret insiste sur les mani-

festations de cachexie que présentaient les malades traités à Barèges, notamment sous la forme de troubles digestifs et d'accidents nerveux. La moyenne du séjour a été pour eux de vingt-cinq jours. Le traitement a consisté principalement en bains et en eau minérale à l'intérieur, concurremment avec de bonnes conditions de régime et d'alimentation. La plupart de ces pellagreux ont éprouvé une amélioration très-prononcée, caractérisée par une rapide restauration des forces.

A Saint-Christau de Lurbe (Basses-Pyrénées), M. le docteur Fillot, médecin inspecteur, a fait les mêmes remarques, et a bien voulu transmettre à M. Le Bret plusieurs observations analogues à celles recueillies à Baréges.

M. Le Bret termine en rappelant que la médication sulfureuse a été reconnue efficace par les praticiens qui exercent dans les localités où règne la pellagre. Ainsi, M. Henri Gintrac, sur l'autorité des succès obtenus par M. Gintrac père et par lui-même, a suggéré à l'administration préfectorale l'installation de bains sulfureux dans les communes de la Gironde, et la santé des populations en retire le plus grand bien. M. Landouzy signale le même moyen comme donnant des résultats très-satisfaisants.

Les bains de mer, l'hydrothérapie ont été tour à tour essayés contre la pellagre. La médication des eaux sulfureuses agit également, en pareil cas, comme un puissant modificateur de l'état général, sans aucune prétention à passer pour spécifique. (*Société d'hydrologie méd.*, novembre 1863.)

Nouveau cas de glaucome traité par l'iridectomie. M. Follin a présenté une malade d'une cinquantaine d'années, à laquelle il a pratiqué, il y a deux ans, une iridectomie pour un glaucome chronique de l'œil droit. Le glaucome s'était produit à la suite d'un refroidissement général. Le globe oculaire était dur comme une bille de marbre, la pupille largement dilatée, les milieux de l'œil et la cornée peu transparents, la vision à peu près perdue, car la malade distinguait à peine les plus gros objets.

Après l'iridectomie, l'état de l'œil s'est peu à peu amélioré, la tension oculaire a diminué, la rougeur scléroticale s'est éteinte, la cornée est devenue transparente. Aujourd'hui la malade lit sans lunettes le n° 9 du livre de Jæger, ce qui correspond à peu près au caractère employé pour le premier-Paris des journaux politiques.

A propos de ce fait, M. Morel-Lavallée a raconté que, voulant établir une pupille artificielle chez un malade dont la cornée était opaque à son centre, il avait décollé et fait sortir par la plaie tout l'iris, et qu'il ne se produisit pas d'accidents. Dans un autre cas, un coup de corne avait détaché l'iris, qui était resté pelotonné dans l'œil, et le malade, dit M. Morel, voyait très-bien. Mackenzie a observé l'expulsion de l'iris à travers la cornée, et la vision était nette. Enfin M. Follin connaît une femme dont les yeux n'ont pas perdu leur faculté d'accommodation, bien que, d'un côté, l'iris ait été décollé accidentellement et qu'il y ait deux pupilles, une centrale et une circonférencielle. (*Compte rendu de la Société de chirurgie*, 1863.)

Procédé de réduction des luxations sous-coracoïdiennes par manœuvres lentes. Bien que ce procédé ne soit qu'un *modus faciendi* particulier d'une méthode ancienne, M. Salmon pense qu'il est bon à vulgariser. Ce chirurgien fait coucher le patient sur le dos, la tête étant seulement relevée par un traversin et le corps débordant le lit par tout le côté du tronc correspondant à l'épaule luxée, c'est-à-dire suspendu, en quelque sorte, à moitié au dehors. Dans cette position, il n'est plus possible, même dans l'état sain, d'exécuter avec le bras des mouvements étendus, sans efforts très-pénibles. Un aide, placé à côté du blessé, se tient prêt à le soutenir en cas de chute, mais abandonne celui-ci aux efforts que fait le côté sain pour se maintenir sur le lit. Le chirurgien écarte très-lentement, et avec les plus grandes précautions, le membre luxé du tronc. Il s'arrête dès que le malade se plaint, ne présente cette manœuvre que comme un moyen d'exploration et arrive insensiblement à mettre le bras dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps. Un second aide maintient le bras dans cette situation ; c'est alors qu'enveloppant le moignon de l'épaule avec les quatre doigts de chaque main et refoulant doucement avec les pouces la tête luxée, il la fait rentrer dans l'article, de telle sorte qu'on rapproche le bras avec la certitude que la réduction est achevée.

M. Salmon a eu six fois l'occasion

d'appliquer ce procédé, et dans tous les cas la réduction a été facilement obtenue sans que le malade ait opposé la moindre résistance ni éprouvé de douleur. Dans l'un des cas, chez une fille de vingt ans, la luxation remontait à un mois et demi ; dans un autre, chez un portefaix robuste, une première tentative avait échoué, malgré l'emploi du chloroforme. (*Compte rendu de la Société de chirurgie*, 1863.)

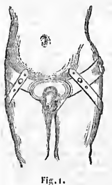
Traitement de l'hygroma par les vésicatoires et la compression élastique. L'emploi des tissus élastiques en chirurgie présente, dans un grand nombre de cas, des avantages qui doivent les faire préférer aux tissus ordinaires. M. Morel Lavallée s'est appliqué à généraliser ce genre d'appareils, qui lui a surtout réussi dans les fractures de la clavicule, les fractures de la rotule et dans les hernies ombilicales. Nous remarquons aussi le succès que M. Morel Lavallée doit à l'emploi du tissu élastique dans le traitement de l'hygroma.

La tumeur est recouverte d'un vésicatoire volant au-dessus duquel on établit la compression avec des lacs élastiques. Cette compression est continuée jusqu'à la dessication complète du vésicatoire. Dans presque tous les cas, la guérison est obtenue dans ce moment. Les cas rebelles ne résistent pas à un second vésicatoire, appliqué selon les mêmes règles. (*Gaz. des hôp.* 20 octobre 1863.)

VARIÉTÉS.

De la contention des hernies chez les jeunes enfants.

Dans les questions de prothèse il ne suffit pas d'indiquer seulement ce qui doit être selon les règles de l'art, il faut encore s'occuper de ce qui se fait, quand ce qui se fait a lieu sur une large échelle, car cette pratique a une raison d'être. Ainsi chez les très-jeunes enfants, et spécialement les enfants au maillot, quoique l'emploi du bandage à ressort n'offre que des avantages, on lui préfère le plus souvent l'usage des ceintures molles. Ce choix se produit surtout dans les classes peu aisées. Les mères construisent elles-mêmes les appareils ; ou du moins si elles en achètent un, il leur sert de modèle pour les autres, car tout le temps que l'enfant est au maillot, il faut toujours deux bandages, afin que l'un puisse sécher pendant que l'autre est appliqué. Ces appareils se composent d'une ceinture en molleton ou en futaine, à laquelle on adapte une pelote rembourrée de linge, que l'on fixe au niveau de l'ouverture herniaire.


Fig. 1.

Dès l'introduction du caoutchouc vulcanisé dans la confection des appareils de chirurgie, on a songé à utiliser cette matière pour en fabriquer des bandages destinés aux jeunes enfants. M. Galante a présenté, il y a plus de dix années, à l'Académie le modèle ci-joint. Il se compose d'une ceinture qui se place sur l'hypogastre, et qui porte à sa partie antérieure un coussin rempli d'air, assez allongé pour s'appliquer exactement sur les canaux inguinaux. Une échancrure est ménagée au milieu pour la verge ; des sous-cuisses maintiennent l'appareil dans une position invariable.

Les qualités du caoutchouc ont fait que l'emploi de cette ceinture herniaire est devenue d'un usage vulgaire ; cependant il n'est pas exempt de tout inconvénient.

Le sulfure de carbone, auquel le caoutchouc doit ses principales qualités, est

un corps irritant qui, chez certains enfants, produit un érythème de la peau assez intense pour qu'on doive en cesser l'usage. On a cherché à prévenir cet accident en enveloppant la ceinture avec un étui en toile. Un moyen plus efficace est de plonger l'appareil dans une solution chaude de potasse d'Amérique (potasse, 1 partie; eau, 7 parties), et de le dépouiller du sulfure à l'aide de frictions pratiquées avec une brosse rude, ou mieux en le faisant bouillir pendant une heure dans ce liquide.

Un autre danger tient à l'action constrictive du caoutchouc. Lorsque la hernie est volumineuse et que sa contention présente quelque difficulté, les mères, dans ces cas, serrent toujours la ceinture outre mesure. Elles ignorent la propriété dont jouit cette matière, et qui, à l'inverse des tissus de toile ou de coton, agit d'une manière d'autant plus énergique, que son application est faite depuis un plus longtemps. Chez un petit garçon qu'on amena à la consultation de M. Guersant, à l'hôpital des Enfants malades, la constriction progressive de la ceinture en caoutchouc avait produit le sphacèle de la peau.

Ces faits prouvent que l'usage de ces bandages doit être surveillé par les praticiens.

Toutes les fois que le choix est possible, on ne doit pas hésiter à conseiller de préférence l'emploi des appareils à ressort, et comme il importe peu que chez les enfants il y ait un peu de force perdue, M. Malgaigne admet ici le bandage français, parce que, s'appliquant exactement sur le corps, il est moins sujet à se déranger sous les efforts de la mère ou de la nourrice. « Notez bien, ajoute-t-il, cette différence dans les conditions, pour vous expliquer la différence de conduite. Chez l'adulte ou chez l'enfant qui marche, le bandage n'est guère dérangé que par les efforts du malade même; chez l'enfant au maillot, il a surtout à craindre les efforts extérieurs. Du reste, même alors, je ne donne pas au ressort français les inflexions vulgairement admises; il doit se comporter comme le ressort anglais, aboutir au centre de la pelote, et cette pelote doit recouvrir tout le canal; seulement il n'a pas de pelote derrière, et le ressort, bien rembourré, doit s'appliquer contre la surface du corps. Il importe beaucoup de s'abstenir de sous-cuisse. »

Une circonstance doit déterminer les familles à ce sacrifice, car lorsque le bandage contient exactement la hernie, la cure radicale est beaucoup plus prompte; trois ou quatre mois suffisent le plus souvent pour atteindre ce but.

Il est une complication des hernies congénitales qui implique certaines précautions dans la construction et l'emploi des bandages, nous voulons parler de la descente tardive du testicule. Lorsque, dans une hernie vaginale, la glande séminale est sortie de l'anneau externe, on place la pelote sur le canal, comme à l'ordinaire. Mais si le testicule est encore dans le canal, ou se présente seulement à l'orifice de l'anneau externe, qu'elle devra être la conduite du praticien? Si on ne peut réussir à maintenir la pelote au niveau de l'anneau abdominal, ou si celle-ci froisse le testicule et provoque de la douleur, M. Malgaigne conseille de s'abstenir de toute tentative de contention et d'abandonner la hernie à elle-même, jusqu'à ce que le testicule ait opéré sa descente définitive. Du reste il est quelquefois des circonstances dans lesquelles il est difficile de se prononcer à l'avance; M. Guersant nous a dit s'être trouvé dans la nécessité de refouler le testicule dans la cavité abdominale. Cette pratique est un pis-aller qu'on ne doit suivre qu'à la dernière extrémité, car, outre que la rétention de la glande séminale amène son atrophie partielle, elle expose le malade à des dangers plus grands si la hernie vient à s'étrangler. M. Dupuy en présentait

récemment un nouvel exemple à la Société de médecine de Bordeaux [1]. Le mieux est donc même, dans ces cas, d'abandonner la hernie à elle-même et de conseiller au jeune malade l'emploi des exercices les plus propres à provoquer la sortie du testicule.

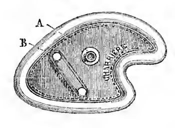


Fig. 2.

Dès que la glande est sortie de l'anneau externe, on applique un bandage ; seulement on devra faire pratiquer une échancrure à la pelote, de façon à prévenir le froissement de l'organe. Le dessin ci-joint représente le modèle d'une pelote que M. Charrière a construite pour un jeune interne en pharmacie de nos hôpitaux ; comme il n'avait que dix-neuf ans et qu'il prit un grand soin de contenir sa hernie, il a guéri de son infirmité.

L'Académie des sciences a renouvelé son bureau pour l'année 1864 ; ont été élus : président, M. le général Morin ; vice-président, M. Decaisne.

Notre éminent confrère, M. Velpeau, en quittant le fauteuil de la présidence a prononcé l'allocution suivante :

« Je demande la permission, avant de céder le fauteuil au savant général qui doit avoir hâte de s'y asseoir à son tour, d'exprimer ma gratitude à l'Académie pour l'honneur insigne qu'elle m'a fait en me décernant sa plus éclatante dignité ; je la remercie en outre de la bienveillance dont elle n'a cessé de m'entourer, des marques de confiance et de sympathie qu'elle m'a données durant mon fragile pouvoir.

« L'esprit calme et indépendant, la haute raison, l'amour réfléchi de toute bonne discipline, qui vous distinguent tous, chers collègues, ont rendu ma tâche facile sans doute, en mettant mon règne d'un instant à l'abri de troubles, de perturbations, de discussions animées ou irritantes, de tout désordre enfin.

« Mais veuillez me laisser croire que, de mon côté, j'ai fait tous mes efforts pour user de l'autorité qui m'a été confiée avec impartialité, dans les limites de nos usages, sans en abuser, sans jamais l'avoir rendue oppressive ; sauvegarder les intérêts de la science sans gêner la liberté des savants, rester fidèle aux exigences du règlement sans cesser d'être libéral et patient envers tout le monde, telle a été ma devise et mon but.

« Si je résilie volontiers, à l'heure convenue, une aussi noble magistrature, sans regrets et l'âme sereine, en reprenant ma modeste place au sein des travailleurs et des simples amis de la science, je n'en serai pas moins éternellement fier, croyez-le, de l'avoir exercée ! Etre appelé par le libre suffrage de la plus haute expression du savoir humain à la tête du premier corps savant du monde, n'est-ce pas en effet, pour moi, chétif et parti de si bas, la plus belle des distinctions que j'eusse jamais pu rêver ? Oui, je l'affirme en toute sincérité, cette faveur de l'Académie restera dans ma mémoire comme le souvenir le plus glorieux et le plus doux de ma vie scientifique. »

---

[1] *Union médicale de la Gironde*, novembre 1863, p. 525.

Nous reproduisons avec non moins d'empressement le discours que M. Grisolle a prononcé en prenant possession du fauteuil de la présidence de l'Académie de médecine.

« Messieurs et chers collègues,

« En venant occuper cette place si souvent illustrée, ma première pensée est de vous remercier et de vous exprimer ma gratitude ; elle est vive, elle est proportionnée à cette bienveillance extrême qui m'a choisi, lorsque, de toutes parts, je vois dans cette enceinte tant de collègues si dignes de m'être préférés.

« Présider aux délibérations de l'Académie est un immense honneur. Vous êtes les grandes et permanentes assises de la science médicale, vous formez un tribunal respecté de tous, car nul n'en est exclu, tous peuvent avoir la légitime ambition d'y atteindre, d'y siéger, puisque vous ne connaissez d'autre titre à vos suffrages que l'honorabilité de la vie et les services rendus à la science.

« Vous inspirant sans cesse de cette idée de progrès qui créa les Académies scientifiques, dans vos rapports comme dans les discussions qu'ils suscitent, vous donnez toujours à l'observation rigoureuse, à la méthode expérimentale, à la philosophie des faits, pour me servir de l'heureuse expression de Fontenelle, cette prééminence qui a rendu à jamais impossible le retour de la scholastique, des discussions vaines, et imprimé à la science contemporaine cette marche progressive qui se continue sans interruption depuis Bichat, et que nul effort ne pourrait désormais même ralentir. Nous pouvons être rassurés sur l'avenir, lorsque nous voyons, à nos côtés et derrière nous, cette vigoureuse, cette vaillante cohorte de travailleurs qu'une commune ardeur anime et qui est pénétrée d'une même pensée, la nécessité, pour établir quelque chose de durable, d'avoir comme base de nos raisonnements l'observation rigoureuse des faits.

« L'Académie peut revendiquer une très-large part dans cette puissante impulsion donnée aux esprits de notre temps. Elle a merveilleusement compris sa mission, qui est celle, d'ailleurs, de tous les corps savants. Leur rôle, on l'a dit avec raison, n'est pas de faire des découvertes, mais de les reconnaître, de les consacrer, d'avertir, de diriger parfois l'esprit d'innovation pour le préserver de ses écarts, pour doubler ainsi son énergie en l'empêchant de s'égarer, et prévenir de la sorte ces grandes secousses, ces invasions brusques des systèmes qui, convenons-en, n'ont pas toujours été inutiles, mais qui, le plus souvent, néanmoins, retardent le progrès régulier par les ruines qu'ils accumulent autour d'eux. Outre cette grande tutelle que vous exercez, vous aidez encore puissamment au perfectionnement de la science par les distinctions que vous accordez, que vous vous efforcez de rendre plus nombreuses encore, car vous vous êtes pénétré de cette pensée de Cuvier, que rien n'est plus propre à multiplier les travaux que les marques publiques d'estime qu'ils reçoivent.

« Messieurs, si de marcher à la tête d'un corps illustre, qui exerce sur le mouvement de notre science une si légitime influence, est une haute distinction, je ne saurais me dissimuler aussi que l'honneur est périlleux. Croyez-le bien, messieurs, ce n'est pas un vain sentiment de modestie qui me fait redouter en ce moment l'exercice de fonctions si nouvelles pour moi. Si un dévouement absolu aux intérêts, à la dignité, à la gloire de l'Académie, pouvait suffire, je rêverais peut-être en ce moment de devenir un président accompli. Mais, hélas ! les bonnes intentions sont bien souvent impuissantes, même lorsqu'elles

peuvent se fortifier par l'exemple des meilleurs modèles. Celui que vous m'avez en quelque sorte plus particulièrement désigné, qu'une affection déjà ancienne et la plus haute estime m'eussent spontanément fait choisir, restera pour moi comme un des plus accomplis. Mais, messieurs, quelque vif désir que j'éprouve de suivre les bons exemples, je compte avant tout sur votre bienveillant appui ; car je ne peux et, d'ailleurs, je ne voudrais gouverner que par vous. Permettez-moi d'espérer que, lorsque dans un an je remettrai mon éphémère pouvoir dans les vaillantes mains qui doivent en hériter, j'aurai acquis quelque titre de plus à votre estime et à votre amitié. »

Association générale des médecins de France. — Déclaration de constitution de la caisse des pensions viagères d'assistance.

Les statuts de la caisse des pensions viagères d'assistance, présentés par le conseil général, ayant reçu la sanction de l'assemblée générale de l'Association et l'approbation de Son Exc. M. le ministre de l'intérieur, le conseil général, dans sa séance du 2 décembre 1863, a déclaré la caisse des pensions viagères d'assistance définitivement constituée.

En conséquence de cette déclaration, et conformément aux statuts de la caisse, M. le président de l'Association s'est chargé de faire ouvrir au 1er janvier 1864, par le directeur de la caisse des dépôts et consignations, un compte spécial à la *caisse des pensions viagères d'assistance de l'Association générale des médecins de France*, et d'y faire verser immédiatement, par l'agent comptable de l'Association, la somme de 30,000 francs pour première mise de fonds de dotation de la caisse, et les dons, legs, subventions et autres sommes que la caisse pourra recueillir lui seront versés successivement, en augmentation de sa dotation.

Aussitôt après la déclaration de la constitution de la caisse des pensions viagères d'assistance, M. le docteur Brun a fait don à cette institution de la somme de 1,000 francs.

Le conseil général avait déjà reçu, avec la même destination, de M. Henri Roger, 500 francs ; — de M. le baron Larrey, 100 francs ; — de M. Gallard, 200 francs.

Voici les statuts de la caisse des pensions viagères d'assistance :

Le conseil général,

Vu les articles 6 (§ 7) et 46 de l'Association générale ;

Vu l'article 2 de l'arrêté du ministre de l'intérieur, approbatif de ces statuts, en date du 31 août 1858 ;

Vu l'article 8, § 2, du décret organique du 26 mars 1852, sur les sociétés de secours mutuels ;

Considérant qu'un des premiers besoins de l'Association auquel il importe de pourvoir est la fondation d'une caisse pour servir des pensions viagères, dont l'obtention sera subordonnée à des conditions déterminées par un règlement spécial ;

Arrête les dispositions suivantes :

Article 1er. — En exécution des articles 6 et 46 des statuts de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, il est créé une caisse dans le but de servir des pensions viagères d'assistance dont l'importance et les conditions d'attribution sont ci-après déterminées.

Art. 2. — La dotation de la caisse de pensions viagères d'assistance est formée : 1° par une première mise de fonds de 30,000 francs fournie par la caisse de l'Association générale ; 2° par une somme de 6,000 francs prélevée annuellement sur la caisse de l'Association générale, à titre de subvention, à la condition toutefois que le fonds de réserve de l'Association restera toujours d'au moins 30,000 francs ; 3° par le versement annuel de l'excédant de l'avoir de l'Association générale au delà de la somme de 50,000 francs, qui constituera le maximum de son fonds de réserve ; 4° par le produit des dons et legs faits à l'Association générale au profit de la caisse de pensions viagères d'assistance ; 5° enfin, par les intérêts accumulés de tous les capitaux versés à ladite caisse.

Art. 3. — Toutes les sommes appartenant à la caisse de pensions viagères d'assistance seront placées à la caisse des dépôts et consignations, pour porter intérêt au compte particulier intitulé : *Compte de la caisse de pensions viagères de l'Association générale des médecins de France*, et capitalisées avec les intérêts jusqu'au 1er janvier 1878, époque où commencera le service des pensions, comme il est dit ci-après.

Art. 4. — D'ici au 1er janvier 1878, l'agent comptable de l'Association demeurera chargé de toutes les opérations de comptabilité de la caisse de pensions viagères dans ses rapports avec la caisse des dépôts et consignations, et ce sous l'autorité et avec la signature du président de l'Association générale.

Art. 5. — Lorsque commencera le service des pensions, un directeur de la caisse de pensions, choisi parmi les membres de l'Association, sera nommé par le conseil général. Les fonctions de directeur de la caisse de pensions seront gratuites ; la nature et la durée de ces fonctions seront déterminées par un règlement spécial arrêté en conseil général.

Art. 6. — Une commission de surveillance, composée de trois membres de l'Association générale, est instituée à l'effet de prendre connaissance de toutes les opérations de la caisse de pensions, et d'en faire rapport au conseil général à la fin de chaque année. Tous les six mois au moins, et plus souvent si elle le demande, l'agent comptable ou le directeur qui doit lui succéder, lui fournira un état de situation de la caisse, avec les pièces à l'appui. Les membres de la commission de surveillance sont nommés par le conseil général pour trois ans ; ils peuvent être réélus.

Art. 7. — Les frais d'administration de la caisse de pensions sont à sa charge.

Art. 8. — Dans quinze ans, soit à dater du 1er janvier 1878, lorsque la dotation de la caisse de pensions aura été définitivement constituée, il pourra être accordé, dans les limites des revenus de la caisse, des pensions viagères aux sociétaires faisant partie de l'Association depuis dix ans au moins, qui se trouveront, sous les rapports de l'âge, des infirmités ou de la maladie, dans une des catégories suivantes :

1° Les sociétaires octogénaires ;

2° Les sociétaires atteints de maladies ou d'infirmités incurables qui les mettent dans l'impossibilité absolue de se livrer à l'exercice de la médecine ;

3° Les sociétaires âgés de soixante-cinq ans au moins, atteints d'infirmités graves.

Art. 9. — Le taux des pensions sera de 600 francs par an au moins, et de 1,200 francs au plus.

Art. 10. — Les pensions ne seront accordées par le conseil général que sur la demande du bureau et de la commission administrative de la société à laquelle appartient le sociétaire qui la réclame, et sur l'avis de la commission de surveillance de la caisse de retraites.

Art. 11. — En aucun cas, l'aptitude à l'obtention d'une pension de retraite ne peut constituer un droit.

C'est au conseil général qu'il appartient de décider, selon les circonstances, qu'il apprécie, s'il y a lieu ou non de l'accorder. La pension cessera de plein droit du jour où le sociétaire, pour un motif quelconque, ne fera plus partie de l'Association.

Art. 12. — Toutes les difficultés qui pourraient s'élever au sujet de l'administration de la caisse de pensions, ou du service des pensions, seront jugées par le conseil général et sans appel.

Art. 13. — Les dispositions de l'article 2, qui ont pour but de créer les moyens de constituer la dotation de la caisse de pensions, pourront être modifiées lorsque le conseil général jugera que le capital de cette caisse est suffisant pour satisfaire à ses besoins, et dans le but d'instituer les autres fondations d'assistance prévues par l'article 6 des statuts de l'Association générale.

Art. 14. — Au moment où commencera le service des pensions, un règlement, arrêté en conseil général, déterminera le mode d'exécution des présentes dispositions.

Art. 15. — En cas de dissolution de l'Association, tous les fonds appartenant à la caisse de pensions feront retour à la caisse de l'Association générale.

Prix de l'internat. — Le concours pour les prix des internes est terminé. Voici l'ordre dans lequel ils ont été décernés : *Troisième et quatrième année.*—

Prix : médaille d'or, M. Martineau. Accessit : médaille d'argent, M. Gouraud. Première mention, M. Brouardel; deuxième mention *ex æquo :* MM. Levy, J. Meunier, Martin et Fernet. *Première et deuxième année.* — Prix : médaille d'argent, M. Damaschino. Livres : M. Bergeron (G.). — Première mention, M. Robertet; deuxième mention, MM. Caresme et Bergeron (H.). La distribution solennelle des prix internes et externes, et la nomination des externes aura lieu mardi 29 décembre, à une heure. Le classement des internes de première année a eu lieu le lundi 28, à deux heures; celui des externes de deuxième et de troisième année se fera le mardi 29, à l'issue de la séance; et celui des externes de première année, le mercredi 30, de onze heures à midi.

Concours de l'internat. — A la suite du concours pour l'internat, ont été nommés : *Internes.* — MM. 1 Barhey, 2 Chaillou, 3 Prévost, 4 Henrot, 5 Ardouin, 6 Douend, 7 Aud'houi, 8 Delens, 9 Lebreton, 10 Paquet, 11 Vigier, 12 Magnan, 13 Cotard, 14 Perruchon, 15 Bordier, 16 Odier, 17 Meuriot, 18 Blumenthal, 19 Carrière, 20 Savreux-Lachapelle, 21 Regnard, 22 Thierry, 23 Leroy, 24 Lecourtois, 25 Monod, 26 Padieu, 27 Kalindero, 28 Larcher, 29 Ragot, 30 Hayem, 31 Fumouze, 32 Bouchereau, 33 Serraillier, 34 M. Aubry, 35 Reau. *Internes provisoires.* — MM. 1 Choyau, 2 Lequelinel de Lignerolles, 3 Bretheau, 4 Folet, 5 Lefeuvre, 6 Liouville, 7 Bettremieux, 8 Burland, 9 Morot, 10 Jolivet, 11 Blache, 12 Moreley, 13 Henocque, 14 Galicier, 15 Boucher, 16 Penières, 17 Jaubert, 18 Denonvilliers, 19 Reynaud (M.-L.), 20 Lolliot, 21 de Lavaysse, 22 Louvet, 23 Peulève, 24 Amalric, 25 Pentray, 26 Laudeta, 27 Rengade, 28 Clémenceau, 29 Seret, 30 De Montmeja.

M. Rayer vient de donner sa démission et de ses fonctions de doyen de la Faculté et de la chaire de médecine comparée qui avait été créée pour lui. L'Empereur, pour le récompenser de ses longs et éminents services, l'a nommé grand officier de la Légion d'honneur ; grade le plus élevé de cet ordre qui ait été accordé à un médecin. Cette distinction est la juste récompense des travaux qui ont conquis à cet illustre confrère la haute position qu'il occupe dans le monde scientifique.

M. Longet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et M. Sédillot, médecin inspecteur du service de santé des armées et professeur à la Faculté de Strasbourg, sont élevés au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

La Société de chirurgie a procédé au renouvellement de son bureau, qui se compose, pour l'année 1864, de : MM. Richet, président; Broca, vice-président; Jarjavay, secrétaire général; Trélat et Blot, secrétaires des procès-verbaux. — La Société a élu MM. Duboné, Azéma et Isnard membres correspondants nationaux, et MM. Robert Adams (de Dublin), J. Hogdson et J. Paget (de Londres) membres associés étrangers.

M. le ministre de la guerre vient d'inviter M. le directeur de l'Ecole de sant militaire à prendre les dispositions nécessaires pour que les élèves soient admis le plus promptement possible à suivre les deux cliniques annexes établies à l'hôpital militaire de Strasbourg, dans les divisions de fiévreux confiées à MM. Haspel et de Netter.

M. Denoyer, médecin aide-major au corps expéditionnaire du Mexique, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des fondements de la thérapeutique.

Par M. le professeur Hirtz.

Propter solam therapeuticam
medicus id est quod est.

La pratique ne profite pas seulement des travaux de matière médicale pure ; de temps en temps elle doit élever ses points de vue, élargir ses horizons, pour se retremper aux sources générales de la science, sources fécondes aussi en indications thérapeutiques. Le *Bulletin* partage cette tendance, aussi il aime, au début de chaque année, ouvrir ses colonnes à des travaux de cet ordre. A l'exemple de mon regretté prédécesseur, le professeur Forget, je viens placer sous les yeux des lecteurs les quelques pages suivantes, que j'emprunte au discours que j'ai prononcé cette année à l'ouverture du cours de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

... Quelle est l'opinion du public sur le but de la médecine et le rôle du médecin? « La médecine, aux yeux de tous, est avant tout l'*art de guérir*, et le médecin, au lit du malade, ne doit être préoccupé que de chercher des moyens thérapeutiques. Le diagnostic va de soi, c'est l'affaire, pense-t-on, du premier coup d'œil, une intuition plutôt qu'un examen. » Dans la réalité, c'est l'inverse qui arrive : le médecin met et doit mettre beaucoup de soin à coordonner les éléments d'un diagnostic rigoureux ; il n'est tranquille et satisfait, qu'après être arrivé à la certitude ; et c'est là la grande supériorité de notre temps. Mais, il faut bien le dire, il glisse rapidement, trop rapidement sur la thérapeutique, et c'est notre infériorité actuelle. Rigoureux jusqu'à l'extrême pour le diagnostic, il se contente d'une approximation quand il s'agit de l'indication et des moyens de la remplir. Trop heureux si, pour se débarrasser du soin de formuler et de doser, il ne va pas choisir au hasard un de ces bonbons industriels prônés dans les prospectus ou à la quatrième page des grands journaux. De là, un scepticisme et une réelle décadence de la thérapeutique, qui nous auraient déjà discrédités dans le public s'il connaissait à fond nos doutes et nos défaillances ; de là aussi une stagnation dans nos connaissances pharmaco-dynamiques qui nous met, je ne crains pas de le dire, au-dessous de nos devanciers ; car le peu que nous savons encore sur ce point, c'est à eux que nous le devons. Et qu'y avons-nous ajouté ?

D'où vient donc cette décadence ou cette défaillance? A quoi tiennent et ce doute et cette incurie ?

Nous leur reconnaissons d'abord une cause historique. L'ancienne médecine, privée des secours de l'anatomie pathologique et ne disposant que d'une exploration physique insuffisante, faisait bon marché d'un diagnostic précis ; elle se bornait à une induction approximative, basée ordinairement sur les lésions fonctionnelles. Corriger cette déviation morbide paraissait plus facile que d'en détruire la cause organique; l'activité des organes donne en effet plus de prise aux modificateurs que leur structure ; les théories courantes aidant d'ailleurs, leur médecine était naturellement curative, et l'action médicamenteuse y occupait le premier rang.

Mais, lorsqu'au commencement de ce siècle l'anatomie pathologique fit table rase de tant de groupes de symptômes dont les anciens avaient fait des entités morbides distinctes; quand on sentit la nécessité d'asseoir la classification nosologique sur le terrain de l'anatomie, l'œuvre du diagnostic dut être reprise de toutes pièces. Les mémorables travaux d'Avenbrügger, de Corvisart, de Laënnec et de leurs illustres élèves ouvrirent de vastes et nouveaux horizons. Désormais on saurait au juste quelle maladie on avait à traiter, et la thérapeutique, assise sur la base immuable du diagnostic anatomique, allait reprendre un nouvel essor !

Qui n'aurait cru à de si brillantes, à de si légitimes espérances ! Mais déjà vous avez pu juger si elles se sont réalisées.

Oui ! le soin de préciser le diagnostic par la lésion aurait conduit à des conquêtes thérapeutiques certaines, s'il n'était devenu une préoccupation exclusive. Mais il arriva que ce soin absorba presque uniquement la nouvelle génération, et que la clinique ne fut plus qu'une école de diagnostic. Le clinicien, entraîné et entraînant à son tour son auditoire par le prestige d'un résultat mathématique, sembla bien plus occupé de se préserver des démentis de l'autopsie que de la prévenir, et ne prêta plus à la thérapeutique qu'une attention épuisée ou distraite ; prenant le moyen pour le but, il sembla dire aux malades, en variant A. Paré : « Je t'ai diagnostiqué, que Dieu te guérisse ! »

D'ailleurs la facilité des procédés vint en aide à la séduction ; car, à tout prendre, si le diagnostic est le résultat le plus brillant de la clinique, il en est aujourd'hui l'œuvre la plus facile ; pas n'est besoin d'une réflexion profonde ni d'un esprit transcendant : il suffit d'une observation exacte et de sens exercés.

Mais bien autrement difficile et bien autrement ingrate aussi

est l'œuvre du traitement. Il faut connaître à fond la force virtuelle des médicaments, et savoir calculer les perturbations que la maladie lui fait subir; de ce double dynamisme il faut dégager la résultante si obscure, faire la part de l'organisme, celle de l'art, celle de la maladie. Il faut discerner l'indication principale des éléments accessoires; approprier l'agent thérapeutique au tempérament, à la période, à la forme, et après tout cela, savoir attendre des jours, souvent des semaines, quelquefois des mois, un résultat souvent douteux ou obscur et bien souvent contesté. Ah! je comprends que ce n'est ni brillant ni séduisant, et que le découragement est facile à qui n'est pas doué de persévérance. Et cependant, il n'y a pas à reculer, car c'est là notre loi et notre devoir; mais c'est aussi ce qui fait notre grandeur, car c'est là ce qui nous fait médecins. C'est là ce qui fait que nous sommes *l'art de guérir*, et non l'art de disserter sur la vie et la mort, comme nous le reprochait, il y a déjà deux mille ans, le malin Asclépiade, prédécesseur direct de Molière.

Ce qui encore, dans ce siècle, a miné la thérapeutique d'une manière regrettable, c'est cet autre et capital progrès qui, lui aussi, semblait devoir la raffermir: l'anatomie pathologique. Qui eût pu croire qu'en précisant les lésions qui constituent les maladies, on ne fût pas plus près de leur guérison? N'accusons pas ces admirables découvertes: les progrès s'enchaînent et s'engendrent; c'est leur *fausse interprétation*, leur tendance exclusive, qui seul les fait reculer quelquefois.

En présence de ces formidables lésions révélées par l'amphithéâtre, nous sommes restés d'abord comme frappés de notre impuissance, levant au ciel des yeux découragés et accusant la fatalité.

Que peuvent, en effet, à ce point de vue, quelques gouttes ou quelques potions contre un poumon désorganisé par l'infiltration tuberculeuse, contre un cœur triplé de volume par l'hypertrophie?

Aussi qu'est devenue la thérapeutique entre les mains de l'école purement anatomique? Lisez le chapitre consacré au traitement à la suite de ces savantes exhibitions de la lésion de la structure!

C'est qu'on ne s'est pas assez souvenu que ce n'était là que la dernière forme de la maladie, l'apogée de son évolution, et qu'avant d'être amenée à ce point elle avait dû passer par des phases dynamiques ou diathésiques, susceptibles d'être arrêtées au début, enrayées dans leur origine.

En effet la doctrine de la lésion, se retranchant dans un anatomisme vulgaire et superficiel, ne connut guère la physiologie patho-

logique ou du moins ne la chercha pas là où elle doit s'étudier : dans l'évolution vivante des éléments organiques, ou dans la modalité générale de l'organisme. Ce sera l'honneur de la médecine contemporaine d'avoir cimenté cette union.

Sans entrer dans les subtilités surannées de l'organicisme et du vitalisme, ne faut-il pas admettre, cliniquement au moins, 1° qu'il existe des troubles fonctionnels sans lésion appréciable ou proportionnelle, surtout au début ; 2° que dans beaucoup de lésions évidentes de l'organe, le trouble fonctionnel est ou intermittent de sa nature, ou susceptible d'être rendu tel par la médication. Combien dès lors s'étend le champ d'une thérapeutique active et efficace !

L'emphysème pulmonaire ou bien la dilatation de l'aorte sont certes des lésions constantes, mais l'asthme coexistant est ordinairement intermittent, et quelques bouffées de stramoine coupent l'accès. L'hypertrophie du cœur est une lésion permanente, sans doute, mais les palpitations et les suffocations, mais l'hydropisie, cèdent néanmoins à la digitale. A l'amphithéâtre l'atrophie des cordons médullaires peut paraître indélébile, cela empêche-t-il le nitrate d'argent de guérir parfois l'ataxie locomotrice qui en est le symptôme ?

Pourquoi donc se croiser les bras même devant les affections organiques incurables ? pourquoi se laisser absorber et décourager dans la stérile contemplation du fait anatomique, au lieu de s'attacher à la réalité indivisible de l'organe et de la vie ?

Nous faut-il donc ne juger de la curabilité d'une maladie qu'après la mort, et quel est le médecin qui n'ait eu le bonheur d'arrêter dans leur marche des affections parfaitement dessinées : hypertrophies du cœur, cirrhoses du foie, phthisies suppurées !

D'ailleurs l'anatomie pathologique n'a pas encore dit son dernier mot sur l'incurabilité de certains néoplasmes. Et si nous en croyons les recherches de l'histologie contemporaine sur certaines métamorphoses régressives, le tubercule lui-même ne serait plus réfractaire à l'absorption.

Remarquez encore que nos exemples n'ont porté jusqu'ici que sur ces cas malheureux réputés l'écueil de la thérapeutique. Que serait-ce si nous voulions nous placer sur le vaste et fertile terrain de la pathologie usuelle, et vous montrer le médecin combattant la maladie à armes égales ou supérieures, et remportant des victoires qui, pour être moins disputées, n'en sont pas moins précieuses ? Et d'ailleurs, alors que l'arrêt est prononcé et le malade condamné, faut-il baisser la tête et se croiser les bras ? N'est-ce pas

alors surtout que grandit la mission du médecin qui sait, par d'habiles moyens, retarder la catastrophe, conjurer la douleur et adoucir la mort?

Les anciens, eux, dans leur naïf symptomatisme, croyaient peu aux affections incurables. Ils allaient toujours de l'avant, continuaient la lutte jusqu'au bout, et si la déception en était souvent le terme, ils acquéraient du moins dans ce combat incessant une dextérité de moyens et une richesse de ressources qui amenaient quelquefois des guérisons inopinées, souvent le soulagement du corps, toujours celui du cœur.

Est-ce à dire que, répudiant le concours de l'anatomie morbide et la précision du diagnostic local, nous veuillons fermer nos yeux aux lumières du libre examen, qui est notre profession de foi? Si ce qui précède ne suffisait pas à justifier nos tendances, nos travaux antérieurs, presque tous consacrés au diagnostic organique, nous défendraient suffisamment contre cette imputation.

Ce n'est pas, du reste, dans le camp des hommes à conviction raisonnée que l'empirisme moderne recrutera sa milice; l'empirisme est fils du doute inintelligent, comme la superstition est la fille de la crédulité ignorante; l'esprit humain oscille volontiers entre ces extrêmes. Après avoir été témoins de la négation des vérités pratiques les plus fondamentales, ne voyons-nous pas aujourd'hui beaucoup de ces grands sceptiques s'enrégimenter dans cette secte aveugle qui croit sans conteste à tous les arcanes du moyen âge, ou s'enrôler dans le troupeau bêlant qui accepte les remèdes de la main des bonnes femmes et des sages-femmes, et va les chercher dans les prospectus industriels ou les réclames des journaux?

Mais, de deux choses l'une: ou bien il existe une thérapeutique scientifique, ou bien les grands hommes nos devanciers n'étaient que des dupes ou des charlatans. Et nous-mêmes, appelés chaque jour pour soulager nos semblables, quel rôle jouerions-nous au lit du malade en prescrivant des remèdes sans croire à leur efficacité? Ne devrions-nous pas, comme les augures de l'antiquité, comprimer notre rire en nous regardant les uns les autres?

Poser une pareille question, c'est donc la résoudre. Mais, en présence de la négation des uns et de la défaillance des autres, je sens le besoin d'insister près de vous; car si le doute est le fruit amer de l'expérience, il en est aussi l'écueil, et au début de votre carrière il faut vous préserver à la fois de la croyance aveugle et du scepticisme préconçu. Faut-il vous citer l'opium, qui endort le cerveau, le chloroforme, qui suspend la douleur, la quinine, qui sauve à coup

sûr, la vaccine, qui préserve, le mercure et le fer, qui guérissent ce que rien ne guérit ? Et sans parler des puissants perturbateurs étudiés par la toxicologie, voyez ce que peuvent les simples modificateurs hygiéniques, voyez ce que peuvent sur le système nerveux le thé, le café, l'alcool !

Donc la thérapeutique existe ; elle existe par la nature des choses, par la tradition des siècles, par les démonstrations de la science. Elle existe, et on ne le nie que rarement, faiblement même, nous le reconnaissons, mais on se conduit comme si elle n'existait pas. Tandis que l'annonce du signe diagnostique le plus insignifiant ou le plus ridicule, tandis que la nuance anatomo-pathologique la plus indifférente deviennent le thème obligé de toutes les cliniques, on passe distrait devant les faits les plus saillants de la pharmacodynamique et de la thérapeutique. De là, la langueur dans les études, la paresse dans l'expérimentation, la lenteur dans le progrès.

Il est temps de se mettre à l'œuvre pour élever cette partie de la science au niveau du reste : il faut que la thérapeutique moderne revête le caractère de rigueur et de démonstration qui est le cachet de notre époque. Une fois le médicament chimiquement déterminé, préparé et combiné, il faut que son action soit expérimentée sur tous les organes, sa présence recherchée dans tous les tissus, dans toutes les sécrétions, son emploi précédé d'un diagnostic rigoureux, son indication précisée et son action étudiée avec persévérance et sagacité. Alors, mais alors seulement, le rôle du médecin sera complet, conforme au vœu de la science et au but de l'humanité.

Les circonstances sont favorables : la chimie a dégagé les substances actives de la gangue qui les entravait ; ses réactifs nous permettent de poursuivre l'agent médicateur dans ses pérégrinations diverses ; la physiologie nous en montre le chemin, l'anatomie pathologique le but, l'expérimentation clinique le résultat.

Mais ce qui importe à notre époque, ce qu'exige l'esprit d'analyse et de démonstration, cachet glorieux de notre génération, c'est qu'on fixe la méthode qui doit présider à cette expérimentation, la direction qu'elle doit suivre, les résultats auxquels elle doit tendre et le criterium qui doit les juger. Cette tâche, nous l'avons plusieurs fois ébauchée, *ore et calamo*, dans notre enseignement et dans nos écrits [1]. Nous avons eu à cœur de montrer surtout :

1° Qu'il faut considérer la maladie, non comme une *entité* con-

---

[1] *Bulletin de Thérapeutique*, 1861.

crète, mais comme un *acte* physiologique dévié de son type normal;

2° Que la valeur virtuelle d'un remède doit se dégager non de la maladie considérée comme un tout, ni du fait brutal et inintelligent de la guérison ou de l'insuccès, mais de son action physiologique sur tels organes ou telles fonctions, ou de son influence clinique sur certains actes morbides;

3° Que la supputation de l'action dynamique, la détermination de l'indication thérapeutique et l'appréciation du résultat final ne peuvent reposer que sur ces actes élémentaires;

4° Que cette méthode, qu'on peut appeler la *thérapeutique analytique*, est la seule vraiment scientifique et progressive, et que l'autre, celle qui prend pour criterium le succès et le revers, constitue une méthode irrationnelle, rétrograde, le numérisme, c'est-à-dire l'empirisme.

Mais ces conditions du succès révèlent déjà, par leur complexité même, la difficulté de l'entreprise, et nous n'en avons pas encore touché la principale. Celle-ci naît de l'obscurité de tout problème où les forces de la vie organique sont aux prises avec les éléments physiques ou chimiques.

En effet, l'action médicatrice ne se dégage pas du corps humain comme les gaz de la cornue du chimiste; il faut une sagacité réelle, jointe à beaucoup de patience et d'expérience, pour discerner les effets pharmaco-dynamiques; car ils ne sont ni aussi prompts dans leur manifestation, ni aussi précis dans leurs caractères, ni aussi absolus dans leurs productions que les réactions des corps morts. Pour réussir dans cette analyse, il faut être un physiologiste instruit et un clinicien exercé; mais il faut autre chose encore.

Il faut, avant tout, vous assurer de l'intégrité virtuelle des agents que vous employez, connaître les conditions de leur préparation, de leur récolte, de leur conservation.

Que diriez-vous d'un chirurgien qui, avant d'opérer, négligerait de s'assurer de l'intégrité de ses instruments? Faut-il s'étonner, en présence de la négligence qui préside à cette partie de la pharmacie, des mécomptes de la thérapeutique et des doutes qui la discréditent?

Est-il besoin d'ajouter enfin que l'étude approfondie de la pharmaco-dynamique doit précéder votre entrée à la clinique, étude non pas sommaire et approximative, mais étude détaillée, familiarisée avec les nuances, et que vous devez reprendre au fur et à mesure des occasions que fait surgir la clinique? Est-il besoin de dire que c'est là une des pierres angulaires de la thérapeutique, et n'est-ce

pas une banalité que d'ajouter que celui qui ne connaît pas les vertus d'un médicament ne saurait en tirer parti ?

Mais qui oserait avouer jusqu'où va l'ignorance en cette matière? Et encore ce ne sont là que des notions préliminaires.

Que faut-il encore ?

Il faut vous attacher par une constante observation à connaître l'évolution naturelle des maladies pour apprendre à la seconder : *quo natura vergit, eò tentandum;* il faut étudier ensuite les obstacles qui la contrarient, les perturbations qui la font dévier, et vous apprendrez à les deviner et à les écarter : en un mot, et avant tout, il faut, en présence d'une maladie, en faire *la physiologie pathologique.* Cette question résolue, les moyens se présentent d'eux-mêmes. Le faire vite et bien constitue le jugement médical, qui, vous le voyez, n'est, après tout, qu'une application plus rapide des règles de l'observation ; c'est le fruit d'une bonne méthode dirigée par l'expérience et fondée sur la connaissance approfondie de la pathologie et des agents thérapeutiques.

Monument de contradiction qu'un livre de thérapeutique médicale ! entendrez-vous dire peut-être. On oppose Hippocrate à Galien et Brown à Sydenham. Oui, pour quiconque ne lit que les livres. Mais j'ose vous affirmer, Messieurs, que pour l'observateur attentif, pour le clinicien expérimenté, les agents médicamenteux, bien préparés, bien indiqués et bien observés, révèlent une constance d'effets, quelquefois une précision d'action, qui deviennent entre ses mains des serviteurs dociles et souvent héroïques.

Mais, pour arriver à ce résultat, but final et couronnement suprême de la clinique, il faut une condition première ou plutôt une qualité dominante dont je ne vous ai pas encore parlé, puisqu'elle est moins un fruit de l'étude qu'une qualité de l'homme, moins un produit de l'art qu'une œuvre de l'artiste : c'est cette attention fine et pénétrante qui nous indique l'opportunité de l'action et le choix de l'agent, et dégage *l'indication thérapeutique.*

Vous avez beau être versés dans la connaissance des remèdes, vous avez en vain posé le diagnostic le plus précis, il y a un troisième terme au problème et qui réunit les deux premiers dans le choix du médicament : l'*opportunité.* C'est ce qui fait le médecin !

Mais ici encore ne croyez pas que ce soit là un simple don du ciel et que le tact médical soit uniquement comme l'inspiration poétique qui doit naître avec le poëte.

Sans doute, un jugement droit est indispensable et une inspiration heureuse n'y gâte rien; mais le bonheur en thérapeutique n'est

fidèle qu'à ceux qui observent beaucoup, réfléchissent longtemps et travaillent sans relâche.

Que cette difficulté ne vous arrête donc pas : habituez-vous dès à présent à saisir avec exactitude les physionomies morbides, les diversités cliniques; familiarisez vos esprits avec les applications de ces données aux vues du traitement, et bientôt vous aurez acquis une somme de faits et de connaissances qui vous serviront de guides, qui vous aplaniront le chemin, en vous montrant les indications précises et justes.

Alors le succès fera naître la confiance, et la confiance le succès; alors vous vous attacherez avec amour à l'étude et à l'application des moyens que la science aura mis entre vos mains pour soulager vos semblables; vous deviendrez des médecins thérapeutistes, c'est-à-dire des savants exerçant la mission la plus noblement utile.

Résumé des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, dans l'année 1863 [1].

Il est une question toujours posée et jamais résolue, et à laquelle on revient toujours cependant, c'est celle qui est relative au traitement de la tuberculose pulmonaire. Un des médecins les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. le docteur Woillez, est le médecin qui, dans ces derniers temps, s'est occcupé avec le plus de suite et avec le plus de foi, si nous pouvons ainsi dire, à la puissance de l'art, de cette question, dont l'intérêt semble de plus en plus s'accroître, en même temps que la maladie à laquelle elle se lie semble grandir et s'étendre davantage. Tous les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* qui ont lu ce travail avec l'attention qu'éveille nécessairement tout ce qui sort de cette plume honnête et autorisée, se rappellent que le moyen préconisé par le médecin de l'hôpital Saint-Antoine est le tannin employé à doses élevées et longtemps continuées. En face des faits, déjà assez nombreux, où il a vu une amélioration notable dans l'état général des malades et la localisation morbide ordinaire de la phthisie, M. Woillez incline à se rendre compte des résultats en admettant que le tannin, outre son action tonique, exerce une action topique sur les organes malades, dont il modifie la sécrétion morbide, et vers lesquels il prévient ou au moins atténue les poussées congestives périodiques, qui ont certainement une part

---

[1] Suite et fin, voir le dernier numéro, p. 5.

dans le travail de la tuberculisation. Nous avons déjà tant de fois vu avorter de brillantes espérances relativement à la guérison, et même à la simple palliation de la tuberculose pulmonaire, que nous nous défions toujours un peu du succès en cette thérapeutique scabreuse. Pourtant, nous l'avouerons, le talent de l'auteur, sa sagacité, sa probité scientifique, donnent aux observations qu'il rapporte en témoignage de l'efficacité du tannin dans le traitement de la phthisie, une autorité devant laquelle notre scepticisme, dans cette question, est forcé de s'incliner. C'est donc dans le ferme espoir que nous avons qu'il y a un heureux rapport antagonistique entre l'influence longtemps prolongée du tannin sur l'économie, et l'évolution progressive de la tuberculose pulmonaire, qu'il nous semble utile, dans ce résumé sommaire des travaux du *Bulletin général de Thérapeutique* de rappeler au souvenir des lecteurs de ce journal l'intéressant travail de M. Woillez. La fréquence de la phthisie est si grande, que tous peuvent instituer sur une base plus ou moins large une expérimentation très-légitime sur ce point, et qu'ainsi la question mise à l'ordre du jour de la pratique générale par notre savant collaborateur ne peut tarder à être résolue.

Un esprit non moins distingué que M. Woillez, plus impatient encore de l'ornière, mais qu'on ne voit jamais toutefois s'envoler comme quelques-uns dans les régions sans limites de l'imagination, M. Gubler, a bien voulu agiter dans les colonnes du *Bulletin de Thérapeutique* la question, prématurément fossilisée peut-être, de l'application de l'électrisation généralisée à la vie morbide, en quelques-unes de ses manifestations. Les brillantes recherches de M. Duchenne, de Boulogne, dont ce journal s'est fait souvent l'écho, ont complétement effacé la question que nous venons d'indiquer. Cependant tout est-il jonglerie, puérilité ou illusion dans cette question? M. Gubler ne l'a pas pensé, et nous croyons qu'il a eu raison. Bien que, dans notre critique des choses de la science, nous n'usions qu'avec une excessive circonspection de la méthode *à priori*, ne nous sentant nul goût pour la prophétie scientifique, nous n'acceptons pas sans une sorte de protestation intérieure le verdict prononcé par plusieurs, et des plus autorisés, sur la portée thérapeutique d'un agent aussi puissant que l'électricité, agissant par secousses plus ou moins rapides, et toujours prudemment graduées, sur l'économie tout entière. Dans la pensée de notre très-intelligent confrère, l'électrisation ainsi pratiquée agit sur l'ensemble de l'organisme comme tonique et excitant diffusible. Le fait d'ailleurs très-intéressant qu'il rapporte d'atrophie musculaire progressive avec anaphrodisie et

réfrigération, et dans lequel ce mode d'électrisation a été appliqué, semble témoigner en faveur de cette médication nouvelle. L'auteur ne cite qu'un fait, cela est vrai; mais tant vaut l'homme qui l'observe, tant vaut le fait, et sans nous exagérer la portée de cette expérience, nous ne croyons pas dépasser les limites d'une sage critique en rappelant l'attention du public médical sur ce fait remarquable, qui peut être le point de départ d'une série d'expériences dont un jour la thérapeutique bénéficiera. Cette prudente circonspection que nous nous appliquons à apporter dans le résumé sommaire que nous croyons devoir faire chaque année des principaux travaux du *Bulletin général de Thérapeutique*, M. Gubler en use sagement lui-même dans l'appréciation philosophique du fait intéressant dont il a bien voulu enrichir ce journal : « Aussi bien, dit-il, hésiterais-je encore à faire partager à mes confrères les espérances que l'observation précédente m'inspire, si l'action stimulante générale d'un courant électrique qui parcourt presque la totalité du corps, n'était pour ainsi dire, le corollaire obligé de l'action excitante locale d'un courant limité à un espace restreint de l'organisme. » On ne peut parler avec plus de prudence et plus de raison.

Si notre intention était de dresser ici un tableau complet des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique* pendant le cours de l'année qui vient de finir, nous aurions à signaler bien d'autres notes plus ou moins étendues et ayant toutes pour but de mettre en lumière quelques résultats thérapeutiques importants. Il nous suffira de rappeler les noms qui se trouvent au bas de ces travaux, tels que ceux des professeurs Jaume, Delioux de Savignac, Laboulbène, de MM. Leudet, Fonssagrives, Diday, Bricheteau, Dally, Duclos, Ancelon, etc., etc., pour donner la mesure de l'intérêt des conclusions pratiques auxquelles ces auteurs autorisés sont arrivés dans leurs personnelles investigations. Comme notre but, en publiant cette revue rétrospective, n'est point de faire une pure récapitulation, mais bien de marquer d'un trait rapide par quels travaux empreints d'une originalité plus ou moins profonde, nous nous efforçons, dans la mesure de notre pouvoir, d'aider à la sainte cause du progrès, nous avons surtout rappelé d'une manière succincte ceux de ces travaux qui peuvent plus visiblement concourir à conduire la science à ce but.

Nous ne ferons de même que rappeler (nous proposant avant tout, par la publication du *Bulletin général de Thérapeutique*, de répondre aux besoins quotidiens incessants de la pratique) les re-

marques que nous avons cru devoir publier sur deux questions essentielles mises surtout en ces derniers temps à l'ordre du jour, et qui ont trait l'une au danger possible de l'inoculation de la syphilis par la vaccination, l'autre à la question des constitutions médicales.

Bruyamment agitée naguère dans le sein d'une de nos sociétés savantes, cette dernière question nous sembla devoir être comprise autrement qu'un médecin, distingué d'ailleurs, s'appliquait à le faire, pour que son étude conduisît à des enseignements utiles. La question des constitutions médicales domine en quelque sorte toute la tradition médicale; mais, ici comme partout, la tradition veut être sévèrement contrôlée au point de vue du progrès moderne, si l'on ne veut immobiliser la science dans une impasse où l'intelligence se consume en un mouvement plus ou moins complétement stérile. Nous nous sommes efforcé de faire descendre cette question capitale des régions de la spéculation pure sur le terrain solide de l'expérience. Nous sommes loin assurément de prétendre avoir résolu un problème si complexe au double point de vue de la nosologie et de la thérapeutique; nous nous sommes proposé un but beaucoup plus modeste, celui de poser la question dans des termes qui ne la rendissent pas insoluble, ou, si l'on veut, d'en corriger la formule dans ce qu'elle avait d'absolument inaccessible à nos moyens légitimes d'investigation clinique; c'est à nos lecteurs à juger si nous avons réussi dans cet humble dessein. Nous ne ferons que rappeler également, quant à la question soulevée dans ces derniers temps, de la possibilité de l'infection syphilitique par l'inoculation vaccinale, que nous nous sommes uniquement proposé, en touchant à ce problème redoutable d'hygiène publique, de prémunir la pratique contre des craintes exagérées, tout en maintenant ce danger comme réel, mais dans la mesure des chances d'une contingence peu probable.

C'est ainsi que, tout en appelant de nos vœux les progrès de la thérapeutique, et en ouvrant libéralement les colonnes du journal que nous avons l'honneur de diriger à tous les travaux qui tendent à reculer les bornes de cette partie si importante de la science médicale, nous ne perdons pas de vue les questions qui touchent à la pratique de tous les jours, et nous nous efforçons de sauvegarder celle-ci des exagérations possibles d'esprits trop prompts à conclure.

Cette sage mesure, que nous regardons comme un des premiers devoirs qui nous incombent dans la direction du *Bulletin général de Thérapeutique*, et qui, en même temps qu'elle nous fait aller, si

nous pouvons ainsi dire, au-devant du progrès, nous porte à nous tenir en garde contre les écarts de la pure spéculation, nous nous efforçons de l'appliquer à la chirurgie comme à la médecine elle-même.

Il semblerait que la thérapeutique chirurgicale, beaucoup plus simple en ses indications, et empruntant aux moyens mécaniques les principales influences qu'elle met en œuvre pour corriger les déviations de l'ordre normal dont elle s'occupe exclusivement, il semblerait, disons-nous, que cette branche importante de l'art dût être depuis longtemps déjà bien près de sa perfection idéale : il n'en est rien cependant. Bien qu'elle soit infiniment plus avancée, à coup sûr, dans cette direction, que la médecine proprement dite, la pratique chirurgicale est loin encore d'être arrivée à la précision des déterminations et à la puissance d'action qu'on se plaît à rêver pour elle. Aussi bien des travailleurs ardents, passionnés pour les progrès de l'art, des esprits à féconde initiative, ne manquent-ils pas dans ce champ privilégié du domaine de la science médicale, et nombreuses, et variées, et hardies sont les tentatives de la chirurgie contemporaine afin de perfectionner les méthodes ou de s'ouvrir des voies nouvelles pour atteindre le but élevé qu'elle pose à son activité. Autant qu'il est en nous, et profitant du lien qui nous attache à la *Société de chirurgie* pour nous mettre en rapport plus intime avec les esprits distingués, les praticiens habiles qui composent cette société, nous nous appliquons à en solliciter des travaux qui puissent concourir au but que nous poursuivons dans le *Bulletin général de Thérapeutique,* quand nous n'en obtenons pas des communications officielles qui se placent naturellement dans le cadre du journal. Parmi les travaux de cet ordre dont nous avons, dans le cours de l'année qui vient de finir, enrichi notre recueil, nous ne pouvons que glaner çà et là, forcé que nous sommes par l'espace et par le temps d'arriver au terme de ce résumé annuel ; mais il suffira d'une esquisse rapide pour montrer que, dans cette direction comme dans celle de la médecine proprement dite, le *Bulletin de Thérapeutique,* abeille laborieuse, s'est au moins efforcé de travailler au perfectionnement de la science et de l'art.

Il est une question que depuis longtemps nous désirions voir traiter avec tous les développements délicats qu'elle entraîne, dans le *Bulletin général de Thérapeutique :* cette question est relative à la chirurgie infantile. L'homme le plus autorisé assurément dans cet ordre de pratique difficile, M. Guersant, a bien voulu se charger de ce travail. Nous ne rappellerons les divers articles remarqués que nous

devons à la plume élégante et correcte de ce chirurgien habile, que pour donner la mesure de l'importance de cette spécialité d'enseignement didactique, quand il vient d'une source aussi féconde ; qu'on nous permette seulement de redire sommairement ici le résultat de cet enseignement, quant à l'application de l'éthérisation dans la pratique de la chirurgie chez les enfants. Plusieurs ont professé, et professent encore peut-être, que la chloroformisation est dangereuse à cette période de la vie, et qu'il faut le plus souvent s'en abstenir. L'expérience de l'illustre chirurgien de l'hôpital des Enfants est toute contraire à cette conclusion. M. Guersant, dans son immense pratique chirurgicale, a chloroformisé plus de six mille enfants, et il n'a jamais redouté de pousser l'opération jusqu'à l'anesthésie. Voilà donc une conclusion pratique qui, mise en rapport avec le nombre d'observations qui l'établissent, ne peut laisser aucun doute dans les esprits les plus timorés. Toutefois il y a des contre-indications à cette opération, et M. Guersant les indique, ce sont la disposition aux convulsions et même une simple impressionnabilité nerveuse habituelle ou accidentelle. Il va de soi qu'il y a des maladies où l'on ne peut même songer à chloroformiser les malades, telles sont par exemple l'excision des amygdales, la trachéotomie. Quelques chirurgiens considèrent les opérations chez les enfants comme plus simples et plus faciles que chez les adultes, c'est encore là une assertion erronée qui a cours dans la science et que M. Guersant rectifie judicieusement. Les opérations chirurgicales, à cet âge de la vie, sont plus difficiles que chez l'adulte par deux raisons décisives : la première, c'est que, l'instrument tranchant, portant sur un champ plus limité, doit être manié par une main plus précise ; la seconde, c'est qu'il faut opérer plus vite chez les enfants que chez les adultes, attendu que les pertes de sang, quand il s'agit d'opérations qui entraînent ce résultat, les épuisent vite et ôtent à l'organisme la force de réaction dont il a besoin pour triompher et du mal et du traumatisme de l'opération elle-même. Nous n'avons pu résister au désir de rappeler ces quelques détails dans ce rapide résumé, pour montrer combien un homme consommé dans la science et dans la pratique de l'art peut être utile quand il veut bien ouvrir, au profit de tous, le trésor de sa vaste expérience. Si maintenant on vient à rapprocher le travail de M. le docteur Giraldès, sur la trachéotomie chez les enfants, des divers articles que M. Guersant a bien voulu insérer dans le journal que nous avons l'honneur de diriger, sur la chirurgie et la thérapeutique infantiles, peut-être trouvera-t-on que le contingent du *Bulletin général de*

Thérapeutique aux questions qui ressortissent à cette partie intéressante de la science n'est pas sans quelque valeur.

Une question que M. le professeur Jarjavay a agitée et, nous le croyons, résolue dans un sens quelque peu en désaccord avec la pratique de plusieurs, c'est celle de l'époque à laquelle doit être levé l'appareil de contention dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Cet appareil, quand il n'est plus utile, et il cesse bientôt de l'être, devient dangereux, en ce qu'il tend à limiter, en deçà des besoins physiologiques, les mouvements de la main et du poignet. Telle est l'importance de ce point de pratique finement étudié par le savant professeur de la Faculté, que nous croyons devoir rappeler la conclusion à laquelle il arrive, dans les termes mêmes sous lesquels il l'a formulée : « D'où je conclus, dit M. Jarjavay, que la fracture de l'extrémité inférieure du radius est plus rapidement consolidée qu'on ne le pense généralement, et qu'il n'y a aucun danger, si l'on craint toutefois de l'enlever plus tôt, à ôter tout appareil dès le seizième jour, époque à laquelle la solidité est complète. »

Nous ne ferons également que mentionner divers travaux sur l'autoplastie, sur l'ostéoplastie nasale par M. Ollier, sur l'opération de la fistule vésico-vaginale suivant le procédé américain, par M. Horand, sur les cas qui peuvent commander la combinaison du broiement de la pierre et de la taille, par M. le professeur Alquié, sur le relâchement pathologique des symphyses du bassin pendant la grossesse et après l'accouchement, question sur laquelle M. le professeur Stoltz, de Strasbourg, a bien voulu, avec l'autorité qui s'attache à son nom, nous dire les enseignements de sa judicieuse et longue expérience, etc., etc. Mais il est deux questions plus actuelles, si nous pouvons ainsi dire, parce qu'elles sont à l'heure qu'il est l'objet des méditations de plusieurs esprits distingués, sur lesquelles nous nous arrêterons un peu plus longtemps : ce sont celles du strabisme et des polypes naso-pharyngiens. M. Giraud Teulon a traité la première de ces questions avec la netteté qu'il apporte d'ordinaire dans tous les travaux relatifs à l'appareil de la vision. Nous rappellerons surtout ce qu'il dit relativement à l'orthopédie oculaire comme agent suffisant, ou simplement comme moyen coefficient de corriger certaines déviations. Guidé par les notions positives consignées dans ce travail, et que l'auteur emprunte aux meilleures sources, quand il ne les tire pas de son propre fonds, le chirurgien ne courra plus le risque des tristes aventures auxquelles conduisit, dans plus d'un cas, la pratique banale de la ténotomie appliquée au strabisme. La seconde question, question aussi de médecine opé-

ratoire, et également à l'ordre du jour, est celle qu'a traitée magistralement, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, un chirurgien distingué de Lyon, M. le docteur Delore, et qui a trait aux polypes naso-pharygiens, où des opérations sanglantes, beaucoup plus effrayantes encore que dangereuses, sont nécessaires pour arriver à une destruction complète du mal. C'est là, nous le répétons, un travail d'un intérêt tout actuel, et que nous avons été heureux d'insérer dans le journal que nous avons l'honneur de diriger.

Tel est l'ensemble des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique*, tel est l'esprit de pratique sagement progressive que nous nous efforçons, autant qu'il est en nous, d'imprimer à la rédaction d'un journal qui ne perd jamais de vue son but principal, les applications de l'art. Puissent nos lecteurs, tout en profitant, comme d'un *memento* utile, de ce résumé rapide des principaux, des plus essentiels travaux qui ont passé sous leurs yeux pendant l'année qui vient de finir, nous accorder au moins un verdict de bonne volonté à les servir, en servant, dans la mesure de nos forces, la science qu'ils sont tous les jours appelés à appliquer.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la trachéotomie dans le croup.

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

La trachéotomie, qui consiste dans l'ouverture de la trachée-artère, pratiquée dans le but de faire respirer un malade qui s'asphyxie par la présence de fausses membranes dans le larynx, doit toujours être considérée comme une opération indispensable, puisqu'elle ramène à la vie un malade qui étouffe et qui va expirer. Cette opération qui n'est facile, comme toutes les opérations, que pour ceux qui en ont l'habitude, doit cependant être pratiquée par tous les praticiens, chirurgiens ou médecins, car nulle n'est plus urgente dans une foule de cas. A ce titre, on nous pardonnera l'étendue que nous donnerons à cet article, ainsi que les détails dans lesquels nous ne craindrons pas d'entrer pour indiquer les moyens d'assurer le succès de l'intervention de l'art.

L'opérateur doit connaître : les indications, les contre-indications, le manuel opératoire, les soins consécutifs.

1° *Indications.* — Il semblerait que l'asphyxie soit la seule et unique indication qui doive commander l'opération. Oui, sans doute,

et elle ne doit être pratiquée que lorsqu'il y a asphyxie continue avec ou sans anesthésie plus ou moins complète; mais la condition de succès qui prime toutes les autres, comme l'a dit M. Millard dans sa thèse, c'est la prédominance des caractères de l'asphyxie. S'il en est ainsi pour l'opérateur purement et simplement exécutant, il n'en est pas de même pour celui qui connaît la terrible affection qui détermine le croup. Ce n'est pas malheureusement une maladie purement localisée au larynx ou à l'appareil respiratoire; mais trop souvent, bien qu'elle ne soit caractérisée que par la présence d'une fausse membrane bornée en apparence au larynx seul, elle est déterminée par un état général qui existe dans toute l'économie, et qui, à l'exemple d'un poison, l'infecte avec plus ou moins d'intensité.

La première indication est que le malade soit à la période de suffocation et d'asphyxie à l'état de permanence et sans intermittence. La seconde indication est que la maladie soit localisée et non généralisée.

Dans le premier cas, le malade est dans des conditions plus favorables; sans cela il y a peu de chance de succès. En effet, s'il y a des fausses membranes dans le nez, derrière les oreilles, où il existe souvent des ulcérations, s'il y en a à la vulve, s'il y a beaucoup de ganglions sous-maxillaires, et si les urines sont albumineuses, il faut que l'opérateur sache qu'il a fort peu ou point de chances de succès.

Quant à la troisième indication, c'est que le malade soit âgé au moins de deux ans. On a un très-petit nombre d'opérations faites avec succès avant cet âge. C'est par exception que la trachéotomie a réussi chez des enfants de six mois, d'un an et de dix-huit mois. Le cas de succès obtenu par M. Scouttetten sur un enfant de six mois, celui de M. Maslieurat Lagémar, engagent cependant à ne pas renoncer toujours à opérer des enfants au-dessous d'un an.

Il y aura d'autant plus d'indications à l'opération, que le malade n'aura pas été débilité par un traitement antérieur mal appliqué : sangsues, diète, émétique, vésicatoires, etc. Ces derniers moyens sont sans aucun effet pour combattre le mal, et mettent le malade dans des conditions très-fâcheuses qui font échouer l'opération. Au contraire, lorsque l'on aura été sobre de cautérisations, qui n'agissent que sur le mal visible et nullement sur celui qui empoisonne l'économie, lorsqu'on aura employé les moyens modificateurs généraux, tels que le chlorate de potasse ou le perchlorure de fer, joints aux aliments et aux toniques, le malade sera dans des conditions avorables et l'on devra se décider à agir.

2° *Contre-indications.* — La diphthérie généralisée, fausses membranes dans le nez, derrière les oreilles, à la vulve, sur un vésicatoire existant, ganglions cervicaux volumineux et nombreux, épistaxis, sphacèle de l'arrière-gorge qui complique la diphthérie, sont des causes qui font échouer l'opération et qui peuvent la faire rejeter.

L'asphyxie avec intermittence sera une contre-indication; dans quelques circonstances on devra au moins faire différer. Nous avons vu des croups avec asphyxie intermittente guérir sans opération. Les fausses membranes qui pénètrent jusque dans la trachée-artère et les bronches ne sont pas une contre-indication ; nous avons vu des malades expulser spontanément des fausses membranes représentant la cavité de la trachée et des bronches, et guérir sans opération; d'autres en ont rendu après la trachéotomie et ont aussi guéri.

Les maladies mêmes les plus graves, pneumonies, affections cutanées, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, rougeole, etc., et même les affections chroniques, phthisie pulmonaire, sont loin de mettre les malades dans les conditions de ceux qui guérissent, mais ne sont pas absolument des contre-indications. Car, dans ces cas, on modifie toujours, au moins momentanément, par l'opération l'état fâcheux des malades, et en les faisant d'abord respirer par l'opération, on peut quelquefois les sauver. On peut donc, dans ce cas, tenter l'opération : *melius anceps quam nullum.*

3° *Manuel opératoire.* — On ne saurait trop insister sur tous les temps de cette opération, qui est tout aussi difficile que les autres, et qui réclame d'autant plus de soins que l'enfant est plus jeune. Comme toutes les opérations, elle demande de l'exercice, et je pense que non-seulement il faut l'essayer sur le cadavre, mais surtout sur des animaux vivants, chiens, moutons, etc. C'est une de ces opérations délicates qu'on fera bien mieux après l'avoir pratiquée sur des animaux vivants, au milieu du sang et des cris, qu'après les manœuvres sur le cadavre. A cette occasion, je crois que les chefs de service des hôpitaux d'enfants devraient faire opérer les internes de l'hôpital sur des animaux, lapins, chiens, comme l'a dit M. Bouvier à l'Académie, dans une discussion récente, car on sait qu'ils sont obligés de faire tous cette opération. Bien qu'on doive se servir des instruments les plus convenables, il faut avant tout qu'un opérateur qui trouvera des difficultés s'en prenne le plus souvent à son peu d'habitude, plutôt qu'aux instruments qui sont en usage, et qu'il ne sait pas encore bien employer. Ce n'est pas parce qu'un instrument n'est pas bien manié par un individu peu exercé qu'il faut le modifier ou le changer.

Examinons successivement les instruments, la position du malade, la disposition des aides, la manœuvre du chirurgien.

Les instruments nécessaires pour opérer, sont : un bistouri droit, un bistouri boutonné, une sonde cannelée, une pince à ligature, un tenaculum, une pince dilatatrice, une pince courbe en bec de grue, une canule double mobile ([1]), un morceau de taffetas gommé, des rubans de fil pour fixer la canule, une sonde courbe de gomme élastique entrant dans la canule librement, pour servir de conducteur, une petite tige de baleine garnie d'une éponge fine, une plume de corbeau fine pour écouvillonner la trachée, une sonde de gomme élastique sans cul-de-sac, pour aspirer le sang qui tomberait dans la trachée, des éponges, enfin une seringue si on craint de se servir de la bouche pour l'aspiration, et des fils à ligature en cas de besoin.

On a modifié à l'infini les canules et les dilatateurs. Nous reconnaissons des avantages aux canules imaginées d'abord par Bretonneau en principe; M. Trousseau les a heureusement modifiées, à mesure que l'opération s'est vulgarisée.

Mais, sans parler des nombreuses canules imaginées par les uns et par les autres, nous donnerons seulement la préférence aux canules doubles, préconisées, à l'exclusion de toutes autres par M. Trousseau, terminées par une extrémité trachéale coupée légèrement en biseau et à bords arrondis et non tranchants, indiquée par M. Barthez, garnies à leur extrémité externe d'un pavillon muni d'ailes latérales pour les fixer. Il faut que la canule soit faite de manière à pénétrer dans la direction verticale au milieu de la trachée, sans être trop courbée, pour ne pas blesser la paroi antérieure, et cependant de manière à ne pas porter par son extrémité sur la paroi postérieure. Il faut, comme l'a dit M. Bouvier dans un excellent travail sur les canules ([2]), que la plaque dont elles sont garnies soit disposée de manière à ce que le tube se dirige le plus possible dans la direction de la trachée; il faut aussi que la canule soit mobile, par le procédé indiqué par M. Roger et exécuté par M. Luer. A l'aide de ces précautions, on rend moins fréquentes les ulcérations de la trachée. Le diamètre des canules doit varier suivant les âges. A cette occasion M. Morax, interne de M. Bouvier, vient de prendre avec beaucoup de soin les mesures des trachées chez les enfants de deux à quinze ans. Ces données, qui indiquent, pour cette période, de 7 à 15 millimètres, nous permet-

---

([1]) Sur nos trente-deux premiers opérés traités avec une canule simple, nous avons sauvé seulement deux enfants.

([2]) *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXIII, p. 299 et 346.

tent de dire qu'il suffit de quatre numéros pour les différents âges chez les enfants, savoir :

1° Canule de 6 millimètres de diamètre et 5 centimètres de longueur; 2° canule de 8 millimètres de diamètre; 3° canule de 10 millimètres de diamètre; 4° canule de 12 millimètres de diamètre, les deux dernières ayant 6 centimètres de longueur. Le numéro 1, pour les enfants depuis un an jusqu'à quatre ans; le numéro 2, pour ceux de quatre à huit ans; le numéro 3, pour ceux de huit à douze ans; et le numéro 4, pour ceux de douze à quinze ans. Un cinquième numéro, ayant 15 millimètres de diamètre est utile pour les adultes, chez lesquels le diamètre de la trachée varie de 16 à 17 millimètres.

On a fait plusieurs dilatateurs, on les a modifiés à l'infini : M. le docteur Pouquet propose même de les supprimer et de ne se servir que du doigt comme conducteur.

Nous préférons, et même nous regardons comme indispensable le dernier dilatateur que nous avons imaginé il y a environ une dizaine d'années et qu'on emploie journellement à l'hôpital des Enfants. C'est le dilatateur, bien modifié, de M. Trousseau, plus long et n'ayant pas de crochets à son extrémité, garni d'un ressort qui permet de l'ouvrir par pression et non en écartant les branches ; ce dilatateur est courbé à son extrémité à angle droit ; les deux branches, étant rapprochées, forment à l'extrémité un bec aplati et qui s'introduit facilement par l'incision de la trachée. Il peut servir de tenaculum mousse et de pince dilatatrice; de cette manière il ne sort pas de la plaie, comme le faisait le premier dilatateur imaginé par M. Trousseau

Position du malade. — Quelle que soit la position qu'on donne au malade, la lumière ne venant jamais par en haut, à moins qu'on ne se trouve dans une pièce éclairée par une lumière en suspension directement au-dessus du malade, on se trouvera toujours mal éclairé, car il faut que le malade soit sur le dos, et quoi qu'on fasse, on dirigera très-mal le jour au devant du cou ; l'enfant, étant couché de préférence sur une table ou sur une commode recouverte d'un matelas, un traversin résistant sera placé de manière à renverser la tête en arrière.

Disposition des aides. — Un aide tiendra la tête renversée sur le traversin, de manière à faire saillir le col : cet aide appliquera ses deux mains sur les parties latérales de la tête et de la face et se gardera bien de gêner l'opérateur en passant la main sous le menton.

Un second aide pourra maintenir les deux jambes du malade

d'une main en les appuyant sur le lit, et de l'autre il prendra les deux mains de l'enfant.

Un troisième aide sera placé à la gauche du malade pour aider le chirurgien ; il aura d'une main une éponge pour absterger la plaie, et de l'autre un crochet mousse qui lui servira à écarter la lèvre de la plaie de son côté. Il doit avoir quelques ligatures, en cas de nécessité.

Un quatrième aide serait utile pour donner les instruments ; on pourra s'en passer en mettant les instruments à la portée de l'opérateur.

Manœuvres du chirurgien. — Le malade étant tenu immobile, le chirurgien, placé à la droite du sujet, doit se rappeler l'anatomie de la partie superficielle et profonde de la région antérieure du col, principalement sur la ligne médiane où l'incision doit être faite. Ainsi, en examinant la partie antérieure du cou depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum, on trouve d'abord la peau, au-dessous le fascia superficialis, puis le premier feuillet de l'aponévrose, s'étendant sur les bords antérieurs des deux sterno-mastoïdiens. Entre les deux bords de ces muscles se trouve un écartement, une couche de tissu cellulaire dans laquelle on voit de haut en bas les deux veines jugulaires antérieures ; elles se réunissent au bas du cou pour se rendre dans un tronc qui passe au-dessous des deux sterno-mastoïdiens et dans les deux jugulaires externes.

On voit le second feuillet aponévrotique qui recouvre les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens. Un peu plus profondément on rencontre une aponévrose profonde : en haut de cette région, le corps thyroïde, au niveau des premiers anneaux de la trachée ; ce corps thyroïde est peu développé chez les enfants ; en bas de cette région, vers la fossette sternale, il y a la veine jugulaire gauche, couvrant obliquement le tronc brachio-céphalique ; enfin, sur la ligne médiane, d'avant en arrière et superposés, la trachée, et, de chaque côté, les veines et les artères carotides, derrière la trachée l'œsophage un peu à gauche, puis les vertèbres cervicales. N'oublions pas les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures se rendant au corps thyroïde, et le plexus veineux au-dessous du corps thyroïde ; dans quelques cas rares, l'artère de Neubauer, qui monte le long de la partie antérieure de la trachée en partant de la crosse de l'aorte.

Ces connaissances étant présentes à l'esprit, le chirurgien doit d'abord se convaincre que, dans cette opération, il faut peut-être compter plus sur son doigt que sur ses yeux, et qu'après l'incision de la peau et du premier feuillet aponévrotique divisés, tout en se

servant de ses yeux, il faut ne pas faire une incision sans porter le doigt pour écarter les espaces intermusculaires jusqu'à la trachée.

Le chirurgien fait une incision longitudinale sur la ligne médiane, dans toute l'épaisseur de la peau et de haut en bas. Cette première incision doit varier d'étendue de haut en bas en longueur, suivant l'étendue du cou; elle doit être plus longue si l'enfant est gras que si l'enfant est maigre, car, dans ce dernier cas, on arrive plus facilement sur les parties profondes. Elle doit commencer un peu au-dessous du cartilage cricoïde et se prolonger plus ou moins loin du sommet du sternum. Cette première incision étant faite, on doit diviser le feuillet aponévrotique avec le bistouri, en se servant ou non de la sonde cannelée. Alors la sonde cannelée et le doigt indicateur gauche peuvent servir à diviser le tissu cellulaire sous-jacent et à écarter les vaisseaux superficiels, comme on doit le faire quand on veut découvrir une artère profonde. On peut arriver ainsi sur la partie antérieure de la trachée, sans crainte d'ouvrir les veines. On sent la partie antérieure de la trachée avec l'indicateur gauche; on se rappelle, avant d'inciser, qu'il faut bien éviter de se dévier à gauche ou à droite, pour ne pas diriger le bistouri vers les artères carotides; on doit aussi ne pas oublier que, chez les très-petits enfants, en incisant trop près du sternum on peut rencontrer le tronc brachio-céphalique, qui croise en bas la trachée; enfin, si des veines ouvertes donnent du sang, il faut faire absterger la plaie, ne pas attendre qu'on voie la trachée, si le sang la masque; et, sentant bien avec le doigt l'élasticité du tube trachéal, on fait le long du doigt une ponction avec beaucoup de légèreté pour ne pas le transpercer, ouvrir la paroi postérieure et l'œsophage. Aussitôt l'incision faite, qu'elle soit longue ou petite, il ne faut cesser de tenir l'indicateur sur l'ouverture, par laquelle du sang pourrait pénétrer. On doit porter le dilatateur directement sous le doigt et l'entrer dans l'ouverture. De cette manière, on prend de la main droite le dilatateur, qui est en forme de crochet mousse terminé par une extrémité lenticulaire, on glisse le crochet vers l'angle inférieur de la plaie de la trachée; on peut le retenir comme si on avait introduit un tenaculum double, on rapproche les anneaux pour écarter la plaie; les mucosités et le sang sortant de la trachée, on fait mettre le malade sur son séant et on lui donne le temps de tousser et d'expulser les fausses membranes de la trachée; de cette manière, l'enfant assis devant le jour ou devant les lumières, l'opérateur peut à ce moment se servir de ses yeux, car, dès que le dilatateur est écarté, le malade respire et, la circulation se rétablissant, le sang veineux cesse de couler. On voit

à ce moment s'il y a nécessité de lier les vaisseaux qui donneraient du sang malgré le rétablissement de la respiration. Si la plaie est assez grande, on ne met pas en question de la débrider; si au contraire elle paraît trop petite pour le volume de la canule, on l'incise avec le bistouri boutonné, soit par en haut, soit par en bas, suivant qu'on veut avoir plus d'étendue dans un sens ou dans un autre; il faut, pour ce débridement, ne pas changer de main le dilatateur, qui facilite cette opération et qui est tenu toujours de la main droite; c'est la main gauche qui doit tenir le bistouri boutonné.

Quant à l'introduction de la canule, qui préalablement a été garnie d'une rondelle de taffetas gommé placée entre la peau et le pavillon ainsi que de rubans pour la fixer au cou, c'est un temps très-difficile de l'opération.

On pourrait bien se servir du doigt comme conducteur; mais il vaut mieux laisser le dilatateur toujours tenu en place de la main droite, soit celui que nous employons à l'hôpital des Enfants, soit celui de M. Marjolin, tenaculum double, soit celui imaginé par M. Garnier, qui est une pince à branches croisées élastiques dont les extrémités recourbées à angle droit restent en contact par le seul ressort des branches, et s'écartent par la pression au-dessus de leur point de croisement. Ce dilatateur tient moins de place dans la trachée que l'autre et offre réellement des avantages.

On doit alors introduire de la main gauche la canule, qui est garnie d'une sonde conductrice dépassant son extrémité de quelques centimètres. Elle peut très-bien entrer dans l'écartement des branches du dilatateur, dont les extrémités sont dirigées en bas. C'est après que cette sonde conductrice a pénétré et a été poussée un peu loin dans la trachée qu'on retire le dilatateur; la canule n'est plus gênée par le dilatateur et glisse facilement sur le conducteur si la plaie a la dimension nécessaire. Lorsqu'elle est bien dans la trachée, ce qu'on reconnaît par le bruit de l'air qui passe par la sonde, on la retire, de cette manière on réussit et bien mieux que sans conducteur. Seulement, il faut s'exercer à cette manœuvre, comme à toute autre opération, et agir sans précipitation, pousser le conducteur assez loin, retirer le dilatateur avant de faire glisser la canule, car il gênerait si elle était entrée avant de l'enlever.

On peut, comme je l'ai dit, sans ces moyens, entrer directement la canule en la conduisant avec le doigt, ou avec notre sonde conductrice, comme nous l'avons fait et comme le conseille M. le docteur Pouquet, ce qu'il regarde comme plus facile. Mais, ayant fait plus de trois cents trachéotomies, nous croyons que la meilleure ma-

nœuvre est de se servir du dilatateur et de la sonde de gomme élastique pour faire entrer facilement la canule. Ce n'est que le soir ou le lendemain de l'opération, lorsque la plaie n'est plus saignante, qu'on peut se priver de dilatateur et de conducteur, parce qu'on voit bien alors l'ouverture de la trachée en mettant le malade sur son séant. J'ajouterai que le dilatateur à trois branches imaginé par M. Laborde me paraît tenir plus de place dans la trachée que le dilatateur qui a deux branches, et rend ainsi l'introduction du conducteur ou de la canule plus difficile.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des effets physiologiques et de l'emploi thérapeutique de la *lobelia inflata*.

Par M. le docteur Barrallier, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

Depuis la restauration récente des études thérapeutiques, un assez bon nombre de médicaments, dont quelques-uns étaient d'un usage ancien, ont été plus complétement appréciés dans leurs actions et leurs effets; d'autres, nouveaux venus, ont pris, après quelque hésitation, rang définitif dans la matière médicale ; mais, malgré les écrits recommandables de plusieurs auteurs contemporains, qui ont augmenté le nombre de nos agents curatifs, on peut dire, sans crainte d'erreur, que les travaux qu'ils nous ont donnés n'ont pu faire accepter, d'une manière complète, les nouvelles propriétés qu'ils ont reconnues à certains médicaments, et, sans en rechercher les causes, ont laissé dans un oubli immérité des agents curatifs d'une efficacité réelle.

Parmi ces derniers, il en est qui sont d'un usage journalier chez plusieurs nations étrangères, et qui, malgré leur utilité bien reconnue dans un grand nombre de cas, et certifiée par des auteurs très-recommandables, sont passés sous silence dans la plupart des traités de matière médicale publiés en France. Il est vrai que certains d'entre eux sont cités avec éloges dans quelques ouvrages récents ; mais cette publicité, très-restreinte du reste, n'a pu vulgariser leur emploi.

Parmi ces médicaments, il en est un sur lequel je désire appeler l'attention, et qui, je puis le dire, la mérite à juste titre : je veux parler de la *lobelia inflata*, plante d'un usage populaire dans l'Amé-

rique du Nord, et aujourd'hui très-répandue en Allemagne et en Angleterre.

Les propriétés de ce médicament ont été préconisées, il y a déjà bon nombre d'années, par le docteur Cuttler, principalement contre les accès d'asthme. Son emploi dans cette maladie est vulgaire aux Etats-Unis, et en raison de l'influence si active que la lobélie exerce contre les accès qui la caractérisent, cette plante a reçu dans ce pays le nom d'*asthma-weed* (herbe sauvage contre l'asthme).

De nombreux travaux ont été insérés dans divers journaux de médecine publiés en Angleterre et en Allemagne, sur les propriétés de la lobélie; ces travaux ont eu très-peu de retentissement en France; néanmoins, dans le *Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique* de Mérat et de Lens, publié en 1838, il est fait mention de la *lobelia inflata*; des détails plus complets sont donnés par ces auteurs dans le supplément de leur livre, qui parut en 1846. M. Guibourt, dans la quatrième édition de son *Histoire naturelle des drogues simples*, n'a consacré que quelques lignes à cette plante.

En 1860, M. le docteur Michéa publia dans le journal *l'Observation* un fait constatant l'efficacité de la *lobelia inflata* contre de accès d'asthme; ce fait est d'autant plus intéressant que les heureuses propriétés de ce médicament sont mises en parallèle avec les divers moyens que l'on emploie le plus communément contre cette maladie.

Malgré ces travaux, la *lobelia inflata* a été rarement mise en usage en France.

Employant depuis plusieurs années cette plante contre certaines maladies des organes respiratoires, j'ai voulu, avant de faire connaître les résultats thérapeutiques que j'en avais obtenus, étudier aussi complétement que possible les diverses propriétés de ce médicament; je publie aujourd'hui le résultat de mes expériences.

Histoire naturelle médicale. — La *lobelia inflata*, connue dans l'Amérique du Nord sous les noms d'*indian tabacco*, d'*asthma-weed*, est une plante de la famille des lobéliacées, tribu des lobéliées; elle a été placée par Linnée dans la syngénésie monogamie, et plus tard, par les réformateurs de son système, dans la pentandrie monogynie. Les espèces que cette famille renferme sont herbacées, très-nombreuses; plusieurs présentent de l'intérêt soit comme plantes d'ornement, soit comme plantes médicinales. Parmi les espèces cultivées, nous avons en France la *lobelia urens* à fleurs bleues, les *lobelia fulgens* et *cardinalis*, dont les fleurs sont d'un rouge éclatant. La *lobelia laurentia* croît à l'état sauvage sur les bords des

mares, dans les départements du Var et des Alpes-Maritimes. Parmi les espèces médicinales, on range les *lobelia inflata* et *syphilitica;* cette dernière, employée contre les maladies vénériennes par les sauvages du Canada avant l'invasion des Européens, est loin de justifier le nom qui lui a été donné; la racine, seule partie usitée, n'est administrée aujourd'hui qu'en qualité de sudorifique à petites doses, et à doses plus élevées comme émétique et purgative.

Ces deux lobélies nous viennent de l'Amérique du Nord; il serait à désirer que la *lobelia inflata*, qui est douée de propriétés plus actives et plus réelles que la *lobelia syphilitica*, fût cultivée en grand en France; les *lobelia urens* et *cardinalis* croissent facilement dans nos jardins; la *lobelia laurentia* est très-rustique dans le Midi; aussi je ne mets pas en doute la possibilité d'acclimater complétement la *lobelia inflata* dans quelques-uns de nos départements; je sais qu'on a essayé plusieurs fois sa culture, mais sans esprit de suite et sur une trop petite échelle.

La *lobelia inflata* est une plante annuelle; sa tige est rameuse à la partie supérieure, garnie de feuilles irrégulièrement dentées, un peu velues; les fleurs sont petites, courtement pédicellées, disposées en grappes spiciformes augmentées de petits rameaux à la base; le tube du calice est glabre et ovoïde, à lobes linéaires acuminés, égalant la longueur de la corolle, qui est d'un bleu pâle; la capsule est ovoïde et renflée.

Toutes les parties qui composent la *lobelia inflata* sont usitées en Amérique; cette plante est récoltée aux environs de New-Labanon et mise sous forme de carrés longs, fortement comprimés et du poids de 250 à 500 grammes.

Telle qu'elle arrive en France, la lobélie enflée est d'un vert jaunâtre, d'une odeur un peu nauséabonde, d'un goût âcre, ressemblant un peu à celui du tabac; fumée dans une pipe, comme le font les sauvages de l'Amérique du Nord, elle a une saveur analogue à celle du tabac, mais plus douce.

Toutes les lobélies renferment un suc âcre et caustique, que l'on rencontre même dans les espèces qui ne sont pas usitées en médecine.

D'après les travaux de Procter, de Reinsch, de Colhoum et de William Bastick, la *lobelia inflata* renferme une substance particulière que ces auteurs ont nommée *lobéline*, plus active que la plante elle-même et constituant son principe actif.

D'après les analyses de Procter, la lobélie enflée contient : 1° un principe odorant volatil, probablement une huile volatile; 2° un al-

caloïde particulier nommé *lobéline;* 3° un acide appelé *acide lobélique*, que Pereira avait isolé; 4° de la gomme; 5° de la résine; 6° de la chlorophylle; 7° une huile fixe presque incolore; 8° du ligneux; 9° des sels de chaux et de potasse, et de l'oxyde de fer.

Reinsch avait extrait la lobéline de la racine; Procter, après plusieurs essais sur diverses parties de la plante, reconnut que les semences contenaient deux fois plus de principe que la racine et les feuilles; celles-ci n'en fournissent que 1 gramme sur 500 grammes.

Procter a obtenu la lobéline par le procédé suivant : il a traité les semences avec de l'alcool acidulé par l'acide acétique, dans le but d'enlever le principe âcre; la teinture alcoolique fut évaporée en consistance d'extrait; celui-ci, trituré avec de la magnésie et de l'eau et agité pendant plusieurs heures, fut filtré et le produit dissous avec de l'éther; la liqueur décantée fut ensuite abandonnée à l'évaporation spontanée; le résidu, d'une couleur rouge brunâtre et de la consistance du miel, fut débarrassé de sa matière colorante par de l'eau additionnée d'une petite quantité d'acide sulfurique; Procter fit ensuite bouillir ce résidu avec du charbon animal et le satura avec de la magnésie; pour compléter l'opération, il faut filtrer la liqueur, agiter avec de l'éther, décanter, laisser évaporer; le liquide qui reste est la *lobéline*.

En 1850 William Bastick, de Londres, a obtenu la lobéline en faisant macérer, pendant quarante-huit heures, deux livres de la plante dans un gallon (quatre litres et demi) d'alcool additionné de trois onces d'acide sulfurique; il traite ensuite par la chaux caustique en poudre, et, après différents lavages, par une solution concentrée de carbonate de potasse; il opère alors par l'éther, comme dans le procédé de Procter.

La lobéline a quelques-unes des propriétés de l'hyoscyamine, mais elle en diffère en ce qu'elle est incristallisable. Elle est sous forme d'une huile visqueuse, un peu jaunâtre, ayant une forte réaction alcaline; elle est plus légère que l'eau; son odeur est légèrement aromatique et se développe vivement par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque; son goût est piquant et analogue à celui du tabac.

La lobéline est volatile, aussi est-il nécessaire de ne pas prolonger les évaporations nécessaires à sa préparation; elle est très-soluble dans l'alcool, moins dans l'éther, et encore moins dans l'eau; elle est facilement décomposée par les alcalis caustiques; elle forme avec les acides sulfurique, azotique et chlorhydrique des sels solubles et cristallisables, avec l'acide acétique un acétate soluble et incris-

tallisable. La lobéline est décomposée par la chaleur, mais unie aux acides elle peut supporter l'ébullition sans être altérée.

La *lobelia inflata* s'emploie en poudre, en infusion et en teinture; celle-ci se prépare avec l'alcool ou avec l'éther; la teinture alcoolique est plus usitée. La pharmacopée des Etats-Unis donne pour sa préparation la formule suivante :

Lobelia inflata........................	120 grammes.
Alcool dilué..........................	900

Laissez macérer pendant quatorze jours, exprimez et filtrez. Aux Etats-Unis on emploie de préférence les feuilles pour préparer cette teinture.

Cette préparation est la plus usitée; on la prescrit ordinairement dans une potion, à la dose de 1 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures; à doses plus élevées, elle déterminerait des nausées pénibles et même des vomissements.

En Allemagne on fait usage de la teinture, mais aussi et assez souvent de l'infusion, que l'on prépare avec 1 gramme de lobélie pour une pinte d'eau (930 grammes).

La poudre est rarement prescrite.

La lobéline n'a pas encore été employée en médecine.

Action physiologique. — Il y a environ deux ans, ayant eu connaissance par les écrits des médecins américains et allemands, des effets remarquables que la *lobelia inflata* déterminait sur les organes respiratoires, j'eus le désir d'employer cette plante; mais, tout en ayant confiance dans les assertions des auteurs qui l'avaient prônée, je voulus m'assurer par moi-même de toutes ses propriétés. Je commençai par l'essayer sur des hommes sains; plusieurs étudiants à l'Ecole de médecine navale de Toulon et les médecins de la marine attachés à mon service de l'hôpital principal, consentirent à se joindre à moi pour expérimenter ce remède; je choisis de préférence la teinture, qui fut administrée depuis 25 centigrammes (cinq gouttes) jusqu'à 1 gramme (vingt gouttes). Au delà de cette quantité, je fus abandonné par mes collaborateurs, et je continuai seul jusqu'à 2 grammes (quarante gouttes); je dus m'arrêter à cette dose, à cause des symptômes pénibles qu'elle détermina.

Je classe en trois séries les résultats que j'ai obtenus :

PREMIÈRE SÉRIE. — Dose du médicament, cinq gouttes dans une cuillerée d'eau commune, prise à jeun, à huit heures du matin.

Première expérience.—Sujet âgé de vingt et un ans, bonne santé, pouls à 72 pulsations.—Rien de particulier au moment de l'ingestion, si ce n'est un sentiment de picotement à l'arrière-bouche, qui per-

siste pendant quelques minutes; à dix heures, céphalalgie d'abord légère, puis augmentant graduellement; à onze heures, somnolence très-prononcée; sommeil jusqu'à trois heures; au réveil, céphalalgie plus intense; à trois heures et demie coliques vives; trois selles diarrhéiques; la céphalalgie et les coliques continuent une grande partie de la nuit.

Deuxième expérience. — Sujet robuste, âgé de vingt-huit ans, pouls à 74 pulsations. — Immédiatement après la prise du médicament, saveur piquante analogue à celle du tabac en poudre; à neuf heures, légère sensation de constriction du thorax; état normal et régulier le reste de la journée.

Troisième expérience. — Sujet bien constitué, âgé de vingt ans, pouls à 58. — Pendant la première heure, rien de particulier à noter; à dix heures, légères coliques allant en augmentant jusqu'au soir et suivies de quatre selles liquides et abondantes; borborygmes très-fatigants; l'appétit est nul toute la journée; pas de variations dans le pouls; vers le soir, sous l'influence des coliques et de la diarrhée, le sujet éprouve un malaise général avec sueurs et constrictions à la poitrine : ces accidents sont de courte durée.

Quatrième expérience. — Sujet sain et robuste, âgé de dix-neuf ans, pouls à 74. — Sensation piquante à la gorge au moment de l'ingestion; rien de particulier pendant la matinée; à une heure de l'après-midi, légères coliques; puis profond sommeil, qui dure une heure environ; au réveil, les coliques deviennent intenses et sont suivies de deux selles diarrhéiques; en ce moment le pouls, qui n'avait pas éprouvé de variations devient plus lent (58 pulsations), quoique toujours plein; à six heures du soir, tous ces symptômes avaient disparu.

Deuxième série. — Dose du médicament, dix gouttes dans une cuillerée d'eau.

Première expérience. — Sujet fort et robuste, âgé de vingt-cinq ans, pouls à 76. — Au moment de la prise du remède, sensation piquante très-désagréable dans toute la bouche, surtout à la pointe de la langue et à l'arrière-gorge; cette sensation persiste pendant environ une demi-heure; à dix heures, céphalalgie, légère d'abord, puis devenant graduellement plus intense; tendance au sommeil; le pouls faiblit (60 pulsations), devient petit et parfois intermittent; constrictions pénibles à la région sternale, pupilles légèrement dilatées. Dans l'après-midi tous ces symptômes disparaissent, cependant la tendance au sommeil persiste.

Deuxième expérience. — Sujet âgé de vingt-huit ans, pouls

à 70. — Même saveur que dans l'expérience qui précède ; à neuf heures, constriction thoracique, engourdissement cérébral, fatigue musculaire, inaptitude au travail intellectuel ; à onze heures, légères coliques ; dans l'après-midi, état normal.

Troisième expérience. — Sujet âgé de vingt ans, pouls à 72. — Au moment de l'ingestion, éructations et nausées fatigantes durant environ un quart d'heure ; céphalalgie et constrictions sternales dans l'après-midi ; faiblesse générale le soir.

Quatrième expérience. — Sujet fort et robuste âgé de vingt ans, pouls à 70. — Pendant les premières heures, le sujet n'éprouve que les sensations résultant du contact du liquide, et des nausées qui durent une heure environ ; à dix heures, légère dilatation des pupilles, resserrement assez fort dans la région thoracique, semblable à celui que produirait une sangle enveloppant la poitrine ; ce resserrement, qui a déterminé une gêne très-manifeste des mouvements respiratoires, a duré environ vingt minutes ; le pouls est descendu à 72 pulsations ; vers le soir, céphalalgie très-intense.

Troisième série. — Dose du médicament, vingt gouttes dans deux cuillerées d'eau commune.

Première expérience. — Sujet fort, bien constitué, âgé de quarante-sept ans ; pouls à 68. — Sensation d'âpreté et de sécheresse dans l'arrière-gorge ; éructations et nausées très-fatigantes depuis le moment de l'ingestion jusqu'à neuf heures du matin ; quelques instants après la cessation des éructations, constriction très-pénible de la poitrine, principalement à la base ; gêne de la respiration ; le pouls descend à 56 pulsations, il est petit, irrégulier ; anxiété précordiale, les mouvements du cœur sont tumultueux parfois ; cet état très-pénible dure une demi-heure et s'accompagne d'une céphalalgie très-vive avec tendance au sommeil ; les pupilles sont dilatées ; presque pas d'appétit pendant toute la journée ; selles plus faciles.

Deuxième expérience. — Sujet âgé de vingt-cinq ans, bien constitué, pouls à 72. — Quelques nausées au moment de l'ingestion ; sensation de pesanteur au creux épigastrique ; éructations ; constrictions sternales et laryngées, dysphagie ; vers dix heures du matin, céphalalgie intense, assoupissement, pupilles dilatées, troubles de la vue ; pouls irrégulier à 58 pulsations ; appétit nul.

Quatrième série. — Dose du médicament, 2 grammes (quarante gouttes) dans deux cuillerées d'eau. — Sujet âgé de quarante-sept ans, bien constitué, à jeun, pouls à 66 pulsations. — Saveur piquante très-désagréable, au moment de la prise, nausées et envies de vomir

que le sujet a de la peine à maîtriser; éructations pénibles; malaise général très-fatigant; anxiété précordiale; gêne extrême de la respiration occasionnée par une constriction très-forte au milieu de la poitrine, et mettant obstacle aux mouvements respiratoires; dysphagie, raucité de la voix; en même temps vertiges, céphalalgie, vue trouble, pupilles dilatées, nausées persistantes; la marche est difficile, le pouls petit, irrégulier à 50 pulsations. A cet état de malaise, qui dure une heure environ, succède une somnolence lourde interrompue par le plus léger bruit; quelques coliques dans l'après-midi, dégoût pour les aliments; pendant la nuit, sommeil peu réparateur, interrompu par des hallucinations.

De ces expériences, il résulte que la teinture de *lobelia inflata* détermine divers phénomènes, dont les uns peuvent être considérés comme spéciaux et les autres comme accessoires; parmi les premiers je noterais : 1° la dysphagie; 2° la constriction thoracique et laryngée, la gêne de la respiration; 3° l'irrégularité des mouvements du cœur et du pouls, et la diminution du nombre des pulsations; 4° l'engourdissement cérébral, la céphalalgie, la tendance au sommeil, la dilatation des pupilles.

Parmi les seconds, je range : 1° la fatigue musculaire; 2° les troubles des fonctions digestives, telles que nausées, inappétence, coliques, diarrhée : ces derniers symptômes n'ont pas été notés dans toutes les expériences.

Il est facile, ce me semble, de se rendre compte de la nature de ces diverses actions; j'admets complétement l'opinion émise par le docteur Noach, de Leipzig, que la lobélie enflée agit d'une manière spéciale sur le principe d'innervation du pneumo-gastrique; or, en rappelant les résultats fournis par les expériences qui précèdent, il ressort bien évidemment que les phénomènes que cette plante détermine sont manifestement la conséquence d'une perversion des fonctions que le nerf pneumo-gastrique et son associé, le spinal, tiennent sous leur dépendance, tels que phonation, respiration, circulation; les accidents cérébraux qui ont été constatés proviennent certainement des perturbations dont le cœur et les poumons sont le siége; l'anorexie, les douleurs abdominales, la diarrhée s'expliquent plus difficilement; on pourrait invoquer ici une action de contact; mais bien qu'elle puisse avoir une influence qu'on ne saurait nier, elle ne peut être considérée comme la seule cause qui détermine la production de ces symptômes; l'impression exercée sur le pneumogastrique par la *lobelia inflata*, dans son action secondaire, peut parfaitement en rendre compte.

Des expériences faites par divers physiologistes il résulte que le nerf de la huitième paire agit sur l'estomac, en présidant à ses mouvements; la digestion peut, il est vrai, s'accomplir alors qu'ils manquent, mais d'une manière lente et irrégulière; cet état incomplet des actes stomacaux pourrait expliquer, en partie du moins, les troubles digestifs constatés; mais il y a quelque chose de plus : cette paire nerveuse envoie dans le foie des filets nombreux, et bien que leur influence réelle sur cet organe ne soit pas encore convenablement établie, il résulte néanmoins des expériences de M. le professeur Longet, que les animaux auxquels on coupe les pneumo-gastriques sécrètent une bile plus abondante, moins dense, plus séreuse, beaucoup plus fluide et moins fortement colorée; en outre, le pneumo-gastrique droit, s'abouchant, par l'anse mémorable de Wrisberg, avec l'extrémité interne du ganglion semi-lunaire droit, contribue à la formation du plexus solaire : à l'aide de ces faits anatomiques nous pourrons, je pense, expliquer les troubles digestifs observés dans nos expériences; car l'écoulement plus abondant de la bile, l'augmentation des sécrétions intestinales, la sensibilité plus grande de l'intestin doivent certainement être le résultat de l'action du pneumo-gastrique d'une part, et, d'autre part, des nerfs émergents du plexus solaire.

On lit dans l'*Histoire naturelle et médicale des nouveaux médicaments*, par le docteur Guibert, de Louvain, que le docteur Procter introduisit un grain de lobéline dilué dans l'eau, dans l'estomac d'un chat, qui tomba immédiatement dans un état de prostration avec privation des mouvements pendant une heure; les pupilles étaient dilatées; quinze heures après, l'animal n'était pas complétement rétabli; il n'y avait eu ni vomissements, ni purgation.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du massage comme traitement de l'entorse.

On entend par *entorse* une torsion, distension ou déchirure des ligaments et des parties molles qui entourent les articulations. Toutes les articulations ne sont point également exposées aux entorses. Il est reconnu que celles qui jouissent d'une grande mobilité, à raison de la laxité de leurs liens fibreux, en sont plus rarement affectées que celles dont les ligaments sont serrés, les mouvements bornés, et qui ont de grands efforts à supporter. De toutes les articulations,

c'est l'articulation du pied, ou tibio-tarsienne qui est le plus souvent le siége de l'entorse ; c'est donc à elle que s'appliqueront les quelques réflexions thérapeutiques que je vais soumettre à mes confrères.

De tout temps on a admis dans le traitement de l'entorse un traitement rationnel et un traitement empirique. Je viens aujourd'hui non-seulement poser cette simple question : *Quel est le meilleur des deux traitements?* mais encore je vais essayer de la résoudre à l'aide de quelques faits tirés de ma pratique. Ouvrez les traités de chirurgie, lisez les paragraphes consacrés au traitement de l'entorse, et vous verrez que les hommes les plus considérables, les plus entourés de la considération publique et les plus justement estimés, Boyer, Larrey, Gerdy, Vidal (de Cassis), MM. Nélaton, J. Cloquet, Bonnet, etc., etc., recommandent ou l'immersion longtemps prolongée du membre entorsé dans l'eau froide, ou les irrigations d'eau froide, ou les cataplasmes froids de pulpe de pomme de terre crue, ou la compression méthodiquement faite, ou les sangsues en grand nombre, combinées avec les émissions sanguines générales, ou la position élevée du membre, ou l'immobilité complète de l'articulation, etc., etc. Voilà une série de moyens qui ne laissera pas que d'embarrasser un jeune praticien, lorsqu'au début de sa carrière il se trouvera en présence d'une entorse et qu'il lui faudra faire choix d'un traitement. Emploiera-t-il les sangsues plutôt que la compression? Conseillera-t-il l'eau froide plutôt que le cataplasme de pommes de terre? S'arrêtera-t-il à la position élevée du membre plutôt qu'à son immobilisation à l'aide d'un bandage dextriné ou d'un appareil plâtré? En vérité, sa perplexité sera grande, et, si on le voit hésitant, que voulez-vous que son client pense de lui?

Jeunes confrères, vous n'aurez plus d'hésitation, je l'espère du moins. Après vous être minutieusement assuré par des manœuvres convenablement pratiquées que l'entorse de votre malade est simple, c'est-à-dire qu'elle n'est compliquée ni de fracture, ni de fêlure des malléoles, vous vous déciderez pour le massage, et, quel que soit l'engorgement ou le gonflement des parties, quelle que soit leur sensibilité, vous vous mettrez à l'œuvre. Vos frictions ou pressions seront d'abord infiniment douces et légères ; puis, peu à peu deviendront plus fermes, sans être encore très-accentuées ; enfin, au bout de vingt à vingt-cinq minutes elles seront très-vigoureuses, et elles n'occasionneront malgré cela, à ce moment, que des douleurs insignifiantes à votre malade.

J'entends d'ici ce cri : *le massage!*... Mais comment le pratiquer?

Je ne connais rien à cette opération ; je ne sais comment m'y prendre ; je n'ai jamais vu masser, etc. !... Rassurez-vous ; ce n'est pas chose si difficile que vous pourriez le croire. D'ailleurs, si vous éprouviez le moindre embarras, vous ouvririez un excellent ouvrage publié tout récemment sur ce sujet par le docteur Estradère, médecin consultant aux eaux de Luchon. Ce confrère a minutieusement rapporté dans sa brochure les procédés de massage mis en usage par MM. Lebatard, Girard et Magne. Je ne puis les transcrire ici, mais je dois dire qu'après les avoir lus, je me suis dit ce que tout le monde se dira : c'est que chaque praticien devra procéder suivant les cas qui se présenteront et ne pas se conformer aveuglément à tel procédé plutôt qu'à tel autre, et s'en créer un d'après les circonstances en présence desquelles il se trouvera placé. J'ai adressé une malade à M. Lebatard, et je sais comment il procède ; mais sa manière de faire dans l'entorse du pied m'a semblé très-fatigante, et j'ai dû m'efforcer de simplifier une manœuvre qui est toujours des plus pénibles pour celui qui la pratique.

Voici donc mon procédé. Je fais coucher le malade atteint d'entorse sur un lit dur, aussi élevé que possible, afin de n'avoir pas besoin de trop me pencher ou me courber. Je me place du côté du membre malade, c'est-à-dire à gauche du malade pour une entorse du pied gauche ; à droite, pour une entorse du pied droit. Je fais avec mes pouces de l'une et de l'autre main, des passes infiniment légères depuis la racine des orteils jusqu'au tiers inférieur de la jambe ; ces passes ont lieu sur toute l'étendue de la face dorsale et des faces latérales du pied entorsé. Ces *passes* légères, que l'on peut encore décorer des noms d'*attouchements*, de *frôlements*, durent environ pendant huit à dix minutes ; puis, je fais des *frictions*, qui sont des attouchements plus sensibles, plus marqués ; mes pouces appuient davantage sur les parties entorsées et vont pour ainsi dire suivre le contour des tendons. Ces frictions durent à peu près aussi longtemps que les passes légères, et sous leur influence vous voyez déjà les parties naguère très-gonflées diminuer de volume : *la tuméfaction fond sous les doigts*, si je puis m'exprimer ainsi. A ce moment du massage, on fait succéder des frictions ou des pressions très-accentuées, très-vigoureuses, aux frictions douces dont je viens de parler. Je ne me contente plus de mes pouces, je me sers alors de mes deux mains, avec lesquelles j'embrasse alternativement tout le pied, toute l'articulation malade et le bas de la jambe, les soumettant à la malaxation, au pétrissage, et leur imprimant à la fois quelques légers mouvements de latéralité, d'élévation et d'abaissement. Cette der-

nière manœuvre est continuée pendant huit à dix minutes; puis, je fais faire quelques pas au malade dans la chambre, je mets ensuite une bande roulée sur l'articulation entorsée, et je laisse le patient ou sur son lit ou sur une chaise longue.

Le lendemain, même manœuvre. Je commence encore par des passes légères, j'arrive ensuite assez promptement aux frictions un peu plus énergiques, et enfin je termine par des pressions très-vigoureuses et en faisant exécuter des mouvements assez étendus au membre malade.

Le troisième jour, même séance de vingt-cinq à trente minutes de durée dans les cas graves, et de quinze à vingt minutes dans les cas légers, après laquelle vous pourrez dire au malade, sans crainte de vous tromper: *Surge et ambula*.

Les masseurs interposent généralement entre leurs doigts et le membre entorsé un corps gras quelconque. L'un, préfère le baume Nerval; l'autre, le baume Opodeldoch; celui-ci, l'axonge; celui-là la pommade camphrée ou l'huile d'amandes douces, etc., etc. Tantôt j'emploie un corps gras, tantôt je masse à sec, c'est-à-dire sans interposition de corps gras. Chez les femmes, dont la peau est fine et délicate, il est nécessaire de se servir d'un corps gras pour faciliter le glissement des doigts, et surtout pour ne pas irriter la peau. Mais chez les individus dont la peau est rude, on peut facilement se passer de recourir à son emploi : mes doigts n'en souffrent pas trop.

Maintenant que j'ai dit mon *modus faciendi*, que j'ai livré mon secret, qu'on me permette quelques courtes observations : je n'abuserai pas de la patience de mes lecteurs.

Obs. I. Le 3 novembre 1862, un jeune détenu de la colonie de Mettray, âgé de dix-huit ans, courait avec ses sabots; il mit le pied gauche sur une pierre assez volumineuse et tomba, ayant la jambe ployée sous lui. Il ne put se relever seul, on le prit et on l'amena dans une des salles de l'infirmerie. La sœur du service couvrit l'articulation tibio-tarsienne gauche de compresses trempées dans de l'eau de Goulard.

Le lendemain 4, à ma visite, je constatai une entorse avec gonflement considérable, ecchymose, sensibilité très-grande à la pression, même la plus légère. Je commençai des manipulations sans interposition de corps gras, et au bout de vingt-cinq à trente minutes de massage, je l'engageai à se lever et à faire le tour de l'infirmerie. Il crut que je voulais plaisanter et ne se mit pas en demeure d'exécuter mes ordres; je l'assurai que je parlais sérieusement; alors il se leva et fit sans difficulté et sans trop de douleur, sans

appui et sans canne, le tour d'une salle contenant vingt-cinq lits. Je le fis coucher ensuite et j'appliquai sur son articulation malade un bandage roulé.

Les 5 et 6, mêmes manœuvres.

Le 7, guérison définitive; il ne boite pas et n'accuse pas la moindre douleur dans l'articulation. De la malléole externe jusqu'à la moitié de la jambe, il existe une ecchymose tellement prononcée qu'on dirait que ce colon a une chaussette noire.

Je le renvoyai à ses travaux le 10 novembre.

Obs. II. Mme de V***, âgée de cinquante-quatre ans, d'une assez bonne constitution, en descendant son escalier s'embarrassa le pied droit dans sa crinoline, et tomba d'une façon si malheureuse, qu'elle ne put se relever. Ses domestiques accoururent à ses cris et la montèrent dans sa chambre à coucher. La douleur qu'elle endurait était telle, qu'elle croyait avoir la jambe fracturée. Je fus mandé sur-le-champ; c'était le 15 mars 1863, à huit heures du matin. Je ne pus me rendre près d'elle que cinq ou six heures après l'accident. A mon arrivée, je trouvai un gonflement énorme du pied; il y avait au niveau et un peu en dedans de la malléole externe une tuméfaction molle, demi-fluctuante, du volume d'une petite orange, et une ecchymose envahissant presque tout le bord externe du pied et remontant assez haut derrière la malléole. La moindre pression arrachait des cris à la malade. Je me livrai cependant à l'examen nécessaire pour établir mon diagnostic, et dès qu'il fut bien assis, je commençai le massage. Au bout de vingt minutes, la diminution du gonflement était si manifeste, que la malade et les assistants criaient au miracle. Après trente minutes de massage, le volume du pied entorsé n'était pas plus considérable que celui du pied sain; et, à son grand étonnement et à l'ébahissement de son mari et de quelques-uns de ses parents, présents à cette séance, la malade put sans souffrir faire quelques pas dans sa chambre.

Bandage roulé et repos.

Le 16, l'extravasation sanguine est telle, que Mme de V*** semble avoir une bottine noire, mais le gonflement est peu considérable. La nuit a été bonne. Mêmes manœuvres.

Le 17, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne droite sont faciles et non douloureux. Massage pendant une demi-heure; guérison.

Dans la nuit du 18 au 19, la fille de Mme de V*** fut prise des douleurs de l'enfantement: sa mère fut prévenue, et elle se rendit à pied chez son enfant, qui demeurait à plus de 400 mètres de chez

elle. Je dois dire qu'une de ses préoccupations, c'était de ne pouvoir être auprès de sa fille pendant ses couches. Grâce au massage, elle put être guérie à temps pour remplir son devoir de mère.

Obs. III. Mme veuve M***, âgée de soixante-seize ans, d'une très-vigoureuse constitution, fit un faux pas le 5 avril 1863, en allant à la messe; elle tomba et, après s'être relevée, elle ne put marcher. On la transporta chez elle, où je la vis peu après sa chute. Le pied gauche était très gonflé, surtout au niveau de la malléole externe; il y avait déjà une ecchymose assez considérable, et la douleur était insupportable dès qu'on cherchait à se livrer à la plus légère investigation. Après m'être assuré, malgré les gémissements de la malade, de l'état des parties, je commençai le massage en interposant entre mes doigts et le pied entorsé un peu de pommade camphrée que l'on me procura. Les passes furent d'abord excessivement légères, et cependant très-douloureuses. Mme M*** finit par s'habituer à ces frictions, que j'accentuai de plus en plus. Au bout de vingt-cinq minutes elles étaient très-fortes, et à peine arrachaient-elles une petite plainte lorsque je passais au niveau de la malléole. Prolongé pendant trente-cinq minutes environ, le massage avait amené un dégorgement complet de l'articulation, à laquelle on pouvait faire exécuter sans douleur bien vive des mouvements assez étendus. La malade put, après la séance, se promener dans sa chambre. Bandage roulé et repos.

Le lendemain 6, une seconde séance de massage produisait encore des effets plus marqués et plus sensibles. La douleur était à peu près nulle. Une ecchymose très-foncée s'étendait de la racine des orteils au milieu de la jambe.

Le 7, troisième massage, continué seulement pendant vingt-deux minutes. Cette séance eût pu être la dernière, mais Mme M*** insista pour que je fisse, le 8, une quatrième séance que je ne prolongeai pas au delà de quinze minutes. La guérison était définitive.

Je pourrais citer huit ou dix autres observations semblables, mais sans profit pour mes confrères, car elles sont presque toutes semblables.

Chez certains malades, une seule séance de massage a suffi; chez quelques autres, il m'a fallu trois et même quatre séances.

Si j'ai tant insisté sur ce traitement de l'entorse, qui est, comme on l'a dit, du domaine des rebouteurs, c'est que j'ai à cœur de le voir employer et de pouvoir opposer un massage bien fait, rationnel, au massage empirique, absurde, pratiqué par des mains grossières et inexpérimentées. Et cependant, de l'aveu de tous, ce dernier

massage guérit, et guérit même souvent ! Si le massage des rebouteurs a la plupart du temps une issue heureuse, combien, à plus forte raison, celui pratiqué par des médecins ayant des connaissances anatomiques précises, n'aura-t-il pas de chance de succès ? Qu'on essaye donc, et l'on sera bientôt convaincu que les médecins peuvent guérir les entorses aussi vite et mieux que les rebouteurs.

Je crois donc, dans cet article, avoir prouvé et avoir démontré ce que j'avais promis de prouver et de démontrer, à savoir que le massage est un traitement très-efficace dans l'entorse, traitement qui fait perdre peu de temps aux malades, puisqu'on peut les guérir en quelques jours et quelquefois même en quelques heures, tandis qu'à l'aide des émissions sanguines, des réfrigérants, des bandages inamovibles, il faut vingt à trente jours pour obtenir un résultat satisfaisant.

Le choix, à mon avis, ne saurait donc plus être douteux ; et je me déclare franc et chaud partisan du massage dans l'entorse. Je suis encore à voir le plus léger accident.

Dans l'entorse chronique datant de plusieurs mois ou de plusieurs années, ce moyen fait encore du bien, et je pourrais dire ici la très-intéressante observation d'une jeune femme de vingt-sept ans, que j'ai adressée à M. Lebatard, et qui, depuis quatre ans environ, était clouée sur son fauteuil ou sur sa chaise longue : vingt et quelques séances de massage ont très-sensiblement amélioré son état, et maintenant elle peut aller et venir à l'aide d'une canne.

Dr Auguste Millet (de Tours),
Médecin de la colonie de Mettray.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Remarques a propos de l'amputation d'un appendice digitiforme d'un bras atteint d'arrêt de développement. — Lorsqu'on ne prête qu'une attention superficielle à la conformation anatomique des membres avortés, on comprend qu'un chirurgien cède au premier désir d'un individu porteur d'une de ces anomalies et fasse disparaître ces tronçons inutiles. Cette conduite est-elle irréprochable, et ces opérations de complaisance ne peuvent-elles pas entraîner de graves accidents ? Le fait suivant qui vient de se passer à l'hôpital de Saint-Barthélemy, de Londres, nous conduit à discuter cette question. Voici d'abord le fait, tel que le rapporte le rédacteur de la *Lancette anglaise.*

« Une jeune fille âgée de seize ans, forte et bien portante, mais affectée d'un arrêt de développement congénital du bras droit, entre le 24 octobre dernier dans le service de M. Coote. Le membre, constitué par un tronçon bien nourri, ayant la moitié de la hauteur de l'humérus, se termine par un appendice digitiforme dont la malade voudrait être débarrassée.

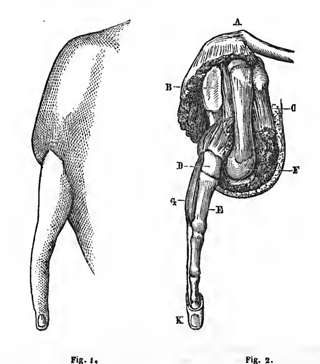


Fig. 1. Fig. 2.

« Avec les progrès de l'âge, le membre s'était développé; mais l'extrémité de l'humérus était devenue saillante, de manière à former un moignon conique. Ce résultat était dû probablement, dans une certaine mesure, à ce que les muscles du bras, manquant de leur point d'insertion inférieur, avaient subi ainsi une rétraction graduelle. De plus cette saillie de l'appendice digitiforme causait de la gêne; il était sensible et exposé à des chocs qui pouvaient n'être pas sans inconvénients sérieux.

« La jeune malade ayant été placée sous l'influence du chloroforme, M. Coote pratiqua une incision de chaque côté de l'os, et, après en avoir mis à découvert une étendue suffisante, il le saisit avec

des pinces et détacha la partie saillante du moignon à l'aide d'une petite scie. A peine s'écoula-t-il un peu de sang; la plaie fut réunie par des points de suture et se cicatrisa rapidement. »

Dans notre mémoire sur les arrêts de développement des membres [1], nous n'avons pas hésité à proscrire ces amputations des appendices des membres avortés, lorsqu'elles ne sont pas commandées par une lésion pathologique. Il suffit de jeter les yeux sur la figure 2, représentant la dissection d'un bras droit affecté d'ectromélie, pour comprendre tout le danger de ces opérations. Quelque difformes que soient ces membres, leur constitution anatomique est encore assez complexe pour que le traumatisme opératoire provoque tous les accidents qui peuvent survenir après les amputations des membres normalement conformés.

Un fait curieux au point de vue de la tératologie, et que nous avons noté dans ce cas, est l'existence de l'humérus C, placé au-dessous de la clavicule A, et en dedans de l'omoplate B. Il nous a permis de dire que, dans les malformations les plus considérables des membres, alors qu'il existe un appendice digitiforme, on doit trouver un rudiment d'humérus. Chez la malade de M. Coote, la moitié de l'humérus existe également et forme à l'extérieur du tronc un moignon conique terminé par un doigt à l'état rudimentaire. Ce fait est donc une nouvelle preuve à l'appui de la proposition que nous avons avancée.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Inertie de la vessie, stagnation de l'urine, emploi avantageux de l'acide benzoïque, guérison. On sait qu'à M. Ure est due la connaissance de ce fait remarquable, que l'acide benzoïque se convertit en acide hippurique au sein de l'économie humaine. Le cas suivant montre le parti qu'on peut tirer, en thérapeutique, de cette transformation.

Un homme robuste, âgé de quarante ans, entra le 7 octobre dernier à Saint Mary's hospital, dans le service du docteur Alderson, atteint de paraplégie, avec difficulté considérable de la miction. Peu à peu il recouvra l'usage de ses membres, mais sans récupérer la faculté d'expulser ses urines. M. Ure le prit alors dans son service, à la demande de M. Alderson : le malade ne pouvait rendre que quelques gouttes d'urine ; celle-ci était d'une couleur brun rougeâtre foncé, fortement ammoniacale, et contenait une quantité de mucus filant mêlée d'un peu de pus ; elle était si irritante que l'orifice de l'urètre se trouvait excorié. M. Ure prescrivit 10 grains d'acide benzoïque à prendre trois fois par jour dans un véhicule mucilagineux, et fit sonder le malade matin et soir. Au bout de deux jours il y avait déjà une amélioration

[1] *Coup d'œil sur les vices de conformation dus à un arrêt de développement des membres, etc.* (Mémoires de la Société de chirurgie, t. VI.)

notable dans l'état du liquide urinaire. Il n'était plus ammoniacal, avait pris une couleur d'ambre foncé, et contenait beaucoup moins de mucus. Le malade avait le sentiment intime d'un mieux être prononcé. Le 22 octobre, comme l'urine présentait encore une certaine quantité de mucus filant, avec des traces de pus, M. Ure prescrivit une faible dose de baume de copahu (10 minims), à prendre avec chaque dose d'acide benzoïque. Le 28 il y avait une amélioration soutenue dans l'état du malade, l'appétit était bon; il avait recouvré l'usage de ses membres et pouvait uriner, mais le jet était faible et parfois en spirale ou bifurqué. Le 2 novembre le jet de l'urine était devenu plus abondant; le copahu, ayant donné du dégoût, est interrompu, 15 minims de teinture de perchlorure de fer trois fois par jour dans une infusion de quassia. Le 9, de mieux en mieux; le malade a pu se promener sans gêne et sans fatigue dans la salle; l'urine examinée est reconnue normale. Le 11, sortie.

Dans quelques remarques cliniques, M. Ure a dit qu'il considérait ce fait comme un cas d'inertie de la vessie, accompagnée de stagnation de l'urine, et dépendant d'un défaut d'action nerveuse. Le sujet n'avait jamais accusé de douleur, et la sonde parcourait le canal avec la plus grande facilité, preuve qu'il n'existait aucun obstacle au passage du liquide excrémentitiel. L'efficacité de l'acide benzoïque à promptement modifier les conditions morbides de l'urine et à arrêter ainsi son action irritante sur les muqueuses vésicale et urétrale, s'est montrée très-grande et a dû contribuer à procurer le retour du pouvoir contractile de la vessie. (*Lancet*, novembre 1863.)

Stylet explorateur de Nélaton, exemple d'un cas dans lequel il a été employé avec succès. L'ingénieux instrument imaginé par M. le professeur Nélaton pour explorer la blessure du grand patriote italien, et au moyen duquel a été démontrée la présence du projectile, auparavant niée ou révoquée en doute, vient de recevoir une nouvelle consécration de l'expérience, entre les mains de quelques chirurgiens américains.

Les relevés de cet hôpital, dit le docteur F. H. Hamilton, de l'armée fédérale, nous montrent plusieurs cas dans lesquels le stylet explorateur de Nélaton a fait découvrir la présence de projectiles de plomb, et de fer dans un cas, alors que leur existence n'avait pas été soupçonnée ou était du moins restée méconnue. C'est ainsi qu'un éclat de mitraille, du poids de 2 onces, a été découvert et extrait par le docteur Cutter du mollet d'un blessé, bien que celui-ci affirmât que le membre avait été traversé de part en part. Le fer, étant rouillé, laissa sur l'instrument une tache brunâtre. Dans le cas suivant, c'est la présence d'une balle du plomb qui a été décélée par l'instrument.

M. G***, simple soldat du 7e volontaires du Connecticut, entra à l'hôpital pour une blessure d'arme à feu située un peu au-dessus du coude-pied. Les chirurgiens d'ambulance lui avaient dit que la balle avait dévié et n'avait pas pénétré dans l'os, et le blessé croyait fermement qu'il n'était rien resté dans sa plaie. Cependant, au bout de trois mois, alors qu'il se trouvait à l'hôpital général de Mac Douglas, dans le service du docteur Hamilton, il n'y avait aucune tendance vers la guérison. Ce fait, joint à la nature du pus, qui était séreux, coloré en noir, donna lieu au chirurgien de croire à la présence de quelque corps étranger autre qu'un séquestre osseux, malgré les allégations du malade. Pour s'en assurer, il eut recours au stylet de Nélaton, et après une exploration soigneuse, l'ayant retiré de la plaie et ayant lavé le sang dont il était souillé, il constata sur la boule de porcelaine plusieurs traces non douteuses de la présence du plomb. Ayant en conséquence dilaté la plaie et découvert le tibia à sa face externe, il y trouva une étroite ouverture par laquelle le projectile avait pénétré. Il put alors extraire, non sans quelque difficulté, de la substance de l'os, où elle s'était implantée, une balle Minié dont la pointe était légèrement aplatie; il enleva également quelques parcelles osseuses nécrosées. La plaie se comporta dès lors régulièrement et ne tarda pas à se cicatriser. (*Amer. med. Times*, déc. 1863.)

Grossesse extra-utérine; débris du fœtus extraits par la vessie, au moyen de la taille urétrale. Le procédé de taille urétrale proposé par Louis et par Fleurant pour l'extraction des calculs vésicaux chez la femme, vient d'être appliqué dans le cas ci-dessus intitulé, digne de fixer l'attention par

sa rareté aussi bien que par le succès du traitement, lequel pourrait être imité dans des circonstances semblables.

Dans une des séances de novembre dernier de la Société pathologique de Londres, M. H. Thompson a présenté, au nom de M. Jos. Thompson, de Nottingham, différentes pièces du squelette d'un fœtus presque à terme, extrait par lui, au moyen de la cystotomie, chez une de ses clientes.

Cette dame avait réclamé les soins de M. J. Thompson, se croyant atteinte de calcul vésical. Par le cathétérisme, le chirurgien reconnut la présence de plusieurs corps durs dans la vessie, et l'examen auquel il soumit une portion qui avait été expulsée spontanément lui permit de reconnaître un fragment d'une vertèbre de fœtus. Dès lors il provoqua et obtint les renseignements suivants La malade avait eu une première grossesse terminée par un accouchement régulier dix-sept ans auparavant, et il y avait sept ans elle s'était crue enceinte de nouveau. Arrivée à terme, après avoir éprouvé tous les symptômes de la grossesse, elle avait commencé à ressentir les douleurs ordinaires du travail, puis tout s'était calmé peu à peu, si bien qu'elle avait cru s'être trompée. La lactation, qui avait commencé à s'établir s'était arrêtée, et au bout de quelque temps les règles avaient reparu et avaient continué régulièrement, sauf les deux derniers mois.

M. Thompson, pour arriver à extraire les portions du fœtus par lui constatées dans le réservoir urinaire, incisa obliquement l'urètre à droite et à gauche dans une étendue suffisante pour pouvoir introduire le doigt dans la vessie, et il put ainsi retirer de nombreux débris fœtaux : les membres supérieurs et inférieurs, le bassin, des pièces du crâne, furent amenés dans la vessie, d'une cavité située vers le côté gauche et ensuite au dehors. L'opérée se rétablit parfaitement, sans aucune suite fâcheuse, ne conservant qu'une légère incontinence d'urine. (*Lancet*, nov. 1863).

Névralgies guéries par les préparations arsenicales. M. le docteur Cahen, médecin de l'hôpital israélite fondé à Paris par M. de Rothschild, a fait prendre de l'arsenic, et *toujours avec succès*, à 65 personnes atteintes de névralgies.

Névralgie	faciale	35
—	sciatique	8
—	intercostale ...	4
—	épigastrique ..	14
—	otique	2
—	dentaire	2
	Total	65

Dans les deux cas de névralgie dentaire, les malades avaient subi en vain l'avulsion de plusieurs dents. Une jeune dame, entre autres, s'était fait arracher huit dents. M. Cahen lui fit prendre de l'arsenic, et l'amélioration fut aussi complète que rapide.

De janvier 1859 à 1862, M. Cahen a donné l'acide arsénieux, pour causes diverses, à 292 malades, et la dose de cet acide a été par jour au minimum de 1 milligramme, au maximum de 40 milligrammes. Le minimum de la dose par traitement a été de 18 milligrammes, le maximum de 405 milligrammes; l'acide arsénieux était donné en pilules, quelquefois en lotions avec une solution au millième, en bains avec 1 gramme d'arsénite de soude (pour les affections goutteuses et rhumatismales).

M. Cahen a remarqué, à propos des névralgies, que les névralgies sciatiques sont celles dans lesquelles l'effet de l'arsenic a été le moins prononcé. Cependant cette assertion ne devra pas détourner les praticiens d'employer ce médicament contre la sciatique, et ils trouveront, pour les y encourager, un bel exemple de guérison communiqué par M. le docteur Barella à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Sur les 292 malades traités à l'hôpital de Rothschild, M. Cahen avait noté 19 fois la diarrhée, mais une diarrhée sans gravité et qui ne fit jamais suspendre la médication arsenicale. (*Journ. de méd. de Brux.*, janvier 1864.)

Sur le traitement du lupus. Le docteur Danzel (de Hambourg) recommande particulièrement la cautérisation avec une solution d'hydrochlorate d'or, préparée dans les proportions d'un demi-scrupule à un scrupule du sel d'or pour une drachme d'eau distillée. Ce moyen a pour avantages de produire promptement une escarrhe, en déterminant des douleurs relativement moindres que les autres caustiques, tout en agissant profondément cependant. Les parties les plus légèrement atteintes du mal

guérissent ordinairement après une seule cautérisation. Celle-ci se pratique du reste de la manière la plus simple, à l'aide d'un os de poisson taillé en pointe ou d'une baguette de verre que l'on plonge dans la solution caustique et que l'on fait ensuite et à diverses reprises pénétrer par une espèce de mouvement de vrille dans la partie malade; le porte-caustique pénètre ainsi profondément, et la solution, de muriate d'or qui le mouille produit immédiatement une épaisse escarre noire, qui se détache au bout de quelques jours; si les parties ainsi mises à nu ne paraissent pas encore saines, on réitère la cautérisation. Ce traitement jouit, d'après l'auteur, d'une grande efficacité, et il attribue celle-ci à ce que, faisant usage d'un caustique liquide, auquel il fraye en quelque sorte la route en perforant les tissus avec un porte-caustique pointu, l'action du caustique s'exerce plus profondément et modifie par conséquent mieux les surfaces malades. (*Aerztl. Int.-Blatt.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier.)

Du traitement de la blépharite ciliaire par le badigeonnage du bord palpébral avec la teinture d'iode. M. le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de Paris, a retiré des avantages remarquables de ce traitement chez trois enfants dont il rapporte les observations. Les considérations qui suivent font connaître de quelle manière l'auteur applique la teinture d'iode sur les paupières malades, et les effets thérapeutiques de cette application.

La blépharite ciliaire est une affection à caractères bien déterminés. Etudiée avec soin, à notre époque, par un grand nombre d'ophthalmologues, tous reconnaissent aujourd'hui qu'au début, la maladie consiste en une phlegmasie de la peau de la région ciliaire, et que ce n'est que plus tard que cette inflammation, se propageant à la cavité des follicules ciliaires, détermine ces ulcérations plus ou moins profondes qui finissent par entraîner la chute des poils, et donnent lieu à cette difformité des paupières connue sous le nom de *madarose, alopécie ciliaire.*

L'application de la teinture d'iode, sur les parties affectées, en modifie la vitalité, change la nature de la sécrétion morbide et fait cesser la production des croûtes. Cette application exige des soins et des précautions dont on ne saurait se passer, au risque d'échouer avec ce mode de traitement.

Il faut d'abord enlever avec précaution les croûtes de la rangée ciliaire de la paupière. Si on omet cette ablation, le liquide médicamenteux n'agit pas sur les surfaces malades, cachées par les croûtes elles-mêmes. Ces croûtes sont-elles trop dures pour être enlevées, on les ramollit au préalable, soit en humectant la paupière d'eau chaude, soit par l'application d'un cataplasme de farine de lin. On trempe un pinceau à miniature dans une solution de parties égales de teinture d'iode et d'eau distillée, et on promène l'extrémité du pinceau sur le bord de la paupière, en ayant soin que le liquide pénètre dans l'intervalle des cils. Il faut donc que les poils du pinceau passent et repassent plusieurs fois sur les mêmes parties, faute de quoi le liquide imbibe les cils et n'imprègne pas la peau. C'est un véritable *badigeonnage* du bord ciliaire qu'il faut faire.

Pendant la durée de cette application, il importe d'éviter le contact de la teinture d'iode avec la conjonctive. Il est facile d'arriver à ce but, en ayant recours à la manœuvre suivante : si c'est sur la paupière supérieure que l'on veut étendre le médicament, on commande au malade de regarder en bas, on attire la paupière supérieure dans le même sens, de manière à la porter un peu au-devant de l'inférieure qui abrite ainsi le globe. Pour étendre la teinture d'iode sur le bord libre de la paupière inférieure, il suffit de porter celle-ci légèrement en bas, par une traction directe sur la peau. Si quelques gouttes du médicament s'insinuaient derrière les paupières, sur la conjonctive, on dirigerait immédiatement sur celle-ci un jet d'eau froide. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier.)

Traitement de la gale par le baume du Pérou. Quoique le traitement de la gale soit devenu de nos jours très-expéditif et d'une simplicité des plus grandes, il n'est pas inutile cependant de faire connaître les différents moyens qui peuvent être employés avantageusement pour combattre cette maladie. C'est ce qui nous détermine à signaler ici le baume du Pérou, qui, d'après un article publié dans le *Geneeskundige Courant der Nederlanden*(numéro 51) a été employé avec un très-grand succès par M. le docteur Schwarz, de Friendberg. Dans les cas ordinaires,

on ne doit guère, pour obtenir une guérison complète, employer plus d'une à deux onces de baume du Pérou, avec lequel on fait matin et soir des frictions sur les parties où existent les vésicules L'efficacité de ce traitement se manifeste presque immédiatement par la cessation du prurit, et au bout de peu de jours le malade ne s'aperçoit plus du tout de la présence incommode des acarus, qui ont trouvé la mort sous l'enduit imperméable dont le baume du Pérou a recouvert la peau. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Sur l'emploi de l'eau-de-vie comme moyen de prévenir les vomissements chez les phthisiques. L'idée première de ce traitement, dit M. Tripier, est née d'expériences de M. Claude Bernard, qui, ayant fait des injections d'alcool étendu dans l'estomac de chiens au début de leur digestion, a constaté que cette digestion était arrêtée. L'hypothèse d'une anesthésie locale empêchant les phénomènes réflexes de sécrétion m'ayant paru celle qui rendait le mieux compte des faits observés, j'ai pensé que l'ingestion des liqueurs alcooliques, prises en quantité suffisamment faible pour laisser prédominer l'effet local, pouvait servir à prévenir toutes les manifestations motrices réflexes à point de départ gastrique Les quintes de toux suivies de vomissement, qu'on observe chez les phthisiques immédiatement après les repas, étant évidemment des phénomènes de ce dernier ordre, j'ai cru pouvoir les empêcher en insensibilisant l'estomac au moyen de l'eau-de-vie, et le résultat a justifié ma tentative. Je ne prétends pas, on le pense bien, que l'ingestion des alcooliques doive guérir la phthisie; mais je crois pouvoir affirmer que, pris après le repas, ils constituent un bon moyen d'empêcher les vomissements, et que, loin d'exercer sur l'état général des phthisiques l'influence fâcheuse qu'on leur attribue, ils diminuent la toux et les sueurs et procurent du sommeil. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, janvier.)

Influence de l'ozone sur les maladies, et spécialement les affections thoraciques. Le docteur Pfaff, médecin de district à Plauon, s'occupe beaucoup d'observations ozonométriques; il a transcrit dans des tableaux celles de 1861 et en déduit les conclusions suivantes :

1° L'ozone en trop grande quantité dans l'air agit d'une manière défavorable sur les maladies des organes respiratoires Les personnes qui souffrent de tuberculose ou de catarrhe chronique des poumons feront bien de se procurer un ozonomètre, et de ne pas sortir quand l'air renferme beaucoup d'ozone.

2° La quantité d'ozone n'a pas d'influence sur les maladies épidémiques, quand celles-ci ne sont pas compliquées de catarrhe des voies aériennes.

3° Une forte proportion d'ozone favorise, non-seulement par le vent nord-ouest, mais aussi par tous les vents le développement des maladies inflammatoires, principalement de l'angine tonsillaire.

4° L'ozone ne semble exercer aucune influence sur les autres maladies.

Nouvelle pince destinée à opérer la réduction des luxations des doigts et celle des orteils. « Il existe, dit M. Mathieu, plusieurs appareils construits pour pratiquer cette opération ; mais aucun d'eux ne peut remplir efficacement le but pour tous les cas, parce qu'ils ont été spécialement faits en vue de la réduction de la luxation du pouce. L'instrument que je présente est toujours applicable, quel que soit le doigt luxé Il vient d'être employé avec succès à la clinique de M. le professeur Nélaton, dans un cas où la luxation datait de plus de quinze jours, et où les autres appareils connus avaient échoué. » (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, janvier 1864.)

VARIÉTÉS.

De l'emploi du bandage herniaire à pelotes bifurquées, dans les cas de descente tardive du testicule.

Quoique les positions anomales des testicules résultant d'un arrêt dans la marche de leur évolution extra-pelvienne réalisent certaines conditions permanentes chez les espèces animales inférieures, elles n'en constituent pas moins pour l'homme une anomalie des plus fâcheuses. Des recherches récentes, dues surtout à notre regretté confrère Godard et à M. Follin, ont démontré que, dans les cas où la glande séminale ne vient pas prendre sa place dans le scrotum, et soit qu'elle reste dans l'abdomen ou dans le trajet du canal inguinal, le produit de sa sécrétion ne présente pas de zoospermes, de sorte que lorsque l'inclusion congénitale est double, l'individu demeure infécond.

Dans cette note, nous voulons borner notre examen aux cas de rétention du testicule dans le trajet inguinal, parce que c'est dans cette sorte d'inclusion qu'on observe les conséquences pathologiques les plus graves, et qu'elle est également la seule dans laquelle l'art puisse tenter d'intervenir avec quelque chance de succès.

La présence permanente du testicule dans le trajet du canal inguinal n'a pas seulement pour résultat l'altération de son produit de sécrétion. Toutes les maladies qui affectent l'organe descendu dans les bourses peuvent l'atteindre lorsqu'il reste emprisonné dans l'aine ; elles s'y montrent même beaucoup plus fréquentes, à cause des froissements auxquels la glande est alors exposée [1].

Malgré ces motifs si réels que le praticien a de surveiller la marche de la migration du testicule lorsqu'elle n'est pas accomplie à la naissance de l'enfant, combien son intervention est rare ! Dans les grandes villes, beaucoup de nouveau-nés échappent à l'observation du médecin de la famille ; ils sont envoyés en nourrice à la campagne. Mais dans les cas où les enfants sont allaités par la mère ou sous ses yeux ; dans ceux où ils reviennent dans la famille après leur sevrage et présentent encore leur ectopie inguinale, alors même que nous sommes interrogés sur le danger de cette tumeur de l'aine, ne nous hâtons-nous pas de rassurer complétement les parents en leur affirmant que cette infirmité ne sera que temporaire, que notre intervention est inutile, et que la nature saura la faire disparaître ? Cela a lieu le plus souvent, il est vrai, mais pas toujours, et le nombre des individus arrivés à l'âge adulte encore porteurs d'une inclusion inguinale est assez considérable pour prouver que nous ne devons pas abandonner complétement nos jeunes clients atteints de cette anomalie.

Faisons remarquer d'ailleurs que surveiller un malade n'est pas intervenir ; seulement, par le fait de cette observation incessante, si un moment arrive où l'art peut venir en aide à la spontanéité de l'organisme, on en profite.

Nous croyons avoir démontré par la simple exposition de la question, que toutes les fois que le praticien pourra hâter la migration du testicule, et surtout sa sortie de l'anneau inguinal externe, il devra le tenter. Il nous reste à dire

---

[1] Dans les trente-sept observations de monorchides qu'il a recueillies, Godard fait remarquer que douze fois le testicule non descendu était malade. (*Recherches sur les monorchides, etc.*, p. 19.)

celles des conditions, et pathologiques et mécaniques les plus propres à assurer le succès de cette intervention.

On a cherché à déterminer l'âge auquel le phénomène de la descente tardive du testicule se complétait : cette notion serait des plus précieuses ; mais les difficultés de suivre un nombre assez grand d'enfants affectés d'ectopie simple ou double font que la plupart des assertions émises à cet égard ne reposent pas sur une observation rigoureuse.

D'après ce que nous avons vu, et nous n'hésitons pas à le dire parce que notre opinion est partagée par M. Guersant, les migrations des testicules postérieures à la naissance n'ont point d'époque fixe ; souvent elles s'accomplissent dans les premières années de la vie et d'une manière accidentelle, sous l'influence d'efforts provoqués par la toux. Plus tard certains exercices, le saut à la corde par exemple, facilitent la production du phénomène. Enfin elles sont toujours alors le résultat d'un accident et non plus celui de la spontanéité de l'organisme, comme cela arrive dans les derniers mois de la vie intra-utérine.

Si l'évolution du testicule se produit quelquefois d'une manière brusque et instantanée, à la suite de secousses de toux ou d'efforts musculaires, vers l'époque de la puberté, elle peut avoir lieu également d'une manière lente et graduelle, et c'est spécialement dans ces derniers cas (c'est-à-dire de deux à cinq ans) que l'emploi des bandages à pelotes bifurquées sera utile.

Nous pensons que les conditions pathologiques, non moins que l'âge de l'enfant, doivent servir d'indication pour cette intervention des appareils mécaniques. Ainsi, quand la glande, arrivée au niveau de l'ouverture externe du canal vient butter contre un des piliers de cet anneau, et qu'elle demeure des mois dans cette position, une pelote échancrée, construite de façon à ce que l'un de ses bords soulève ou abaisse légèrement l'organe et le mette plus en rapport avec l'ouverture qu'il doit traverser, tandis que la partie postérieure de l'échancrure qui embrasse la partie supérieure du testicule, le refoule dans la bonne direction [1] ; cette double action mécanique ne peut que venir en aide à la spontanéité des éléments anatomiques auxquels reste confiée la descente tardive de l'organe, si toutefois il en existe encore.

L'emploi de ces bandages réclame une grande surveillance, et le médecin ne devra y avoir recours qu'autant qu'il pourra compter sur le concours intelligent et dévoué de la mère de son petit malade ; car, il ne faut jamais oublier les deux grands principes de notre art, *être utile et ne pas nuire*, et c'est surtout dans ces sortes de traitements qu'il faut répéter avec Hippocrate : *primò non nocere.*

Rien de mieux connu que l'évolution normale du testicule ; l'on sait que son passage à travers le canal inguinal est le résultat de la rétraction d'un ligament, *gubernaculum*, ou mieux *musculus testis* comme l'a nommé Hunter. Normalement, les testicules doivent avoir accompli leur migration à l'époque de la naissance ; or, lorsque le phénomène n'a pas eu lieu, n'arrive-t-il pas que ce ligament musculeux s'atrophie, comme tous les organes transitoires du nouvel être, de sorte que la glande ne tarde pas à être privée de l'agent le plus actif de son évolution extra-abdominale. Une cause qui sera moins contestée est celle que nous avons signalée tout à l'heure, l'étroitesse de l'anneau externe du canal. Cette étroitesse peut n'être que relative et tenir à la tuméfaction de la

---

[1] Nous avons donné la figure d'une pelote semblable dans notre dernier article (Livraison du 15 janvier, p. 44).

glande, dont les dimensions se trouvent alors hors de proportion avec celles de l'ouverture par laquelle elle doit sortir. Quelques frictions avec une pommade à l'iodure de plomb suffisent pour triompher de l'inflammation de la glande, après quoi l'on reprend l'essai du traitement mécanique.

L'indication thérapeutique est si évidente dans les cas dont nous parlons, que certains chirurgiens n'ont pas hésité à agir. Quelques-uns ont conseillé l'emploi de tractions douces et légères, d'autres l'action de ventouses, le plus grand nombre les exercices de gymnastique. L'influence d'un effort pour faire franchir au testicule le dernier obstacle qui s'oppose à sa sortie de l'anneau inguinal est si fréquente, qu'on s'explique la prédilection qui est accordée à ce moyen ; mais il n'est pas aussi inoffensif qu'on le croit, et nous avons vu une protusion de l'intestin avoir lieu en même temps que la sortie du testicule. D'ailleurs, pour que ces exercices puissent être pris d'une manière assez énergique pour amener un résultat, il faut que les enfants aient acquis déjà un certain développement. Doit-on attendre jusqu'à cette époque pour agir, surtout lorsque la glande se trouve près de l'ouverture de l'anneau ? Et si on intervient dans les premières années de la vie les essais no seront-ils pas plus fructueux et plus inoffensifs ? Les faits seuls peuvent trancher ces divers points de la question. — Notre première tentative eut lieu dans les circonstances suivantes :

Obs. Au début de notre carrière, nous fûmes consulté par une famille de commerçants dont l'enfant revenait de nourrice, porteur d'un bandage herniaire qu'on avait appliqué sur une tumeur de l'aine constituée par le testicule. Erreur fréquente, mais qui, chez le jeune confrère de province, ne pouvait être imputée qu'à un examen trop superficiel, nécessité par une vaste clientèle, car ce médecin est un ancien interne de nos hôpitaux. La famille, occupant un grand nombre d'ouvriers dans les environs, et passant une partie de la belle saison dans une campagne voisine de ce village, il y avait un grand intérêt pour ce confrère à ce qu'on ignorât sa méprise. D'un autre côté, l'influence incontestable d'un bandage à pelote bifurquée sur la sortie du testicule dont je venais d'être témoin dans un cas de hernie congénitale compliquée de la présence du testicule, m'engagea à essayer si, dans ce cas, où la glande était la seule partie contenue dans l'anneau, la pression de la pelote, exercée sur la portion du canal inguinal située au-dessus de l'organe, ne viendrait pas en aide à sa tendance naturelle de venir prendre sa place dans les bourses. Je me promettais d'ailleurs de surveiller avec un grand soin les effets de ce traitement mécanique, de façon à ce qu'aucun dommage ne fût causé à l'enfant dans le cas où j'échouerais dans ma tentative.

Cette détermination prise, j'innocentai notre confrère, en rejetant sur la mauvaise disposition du bandage l'inutilité de son intervention, et j'enlevai l'appareil ; puis je fis traîner en longueur la construction de la nouvelle pelote, de manière à laisser la migration du testicule se produire naturellement, si cela devait avoir lieu. Après plus de deux mois d'attente inutile, pressé par les instances de la mère et certain de trouver dans son concours un puissant auxiliaire, j'appliquai mon bandage à pelote bifurquée et dont l'échancrure avait été calquée sur la disposition des parties. Cette tentative ne pouvait être couronnée de succès qu'autant que la pelote resterait toujours placée au-dessus de la glande, c'est ce que comprit la mère de l'enfant, femme des plus intelligentes, aussi surveilla-t-elle l'application du bandage avec une grande sollicitude, le réappliquant chaque fois qu'il était déplacé, de sorte que trois mois après, sous l'influence de l'action du bandage, le testicule était sorti du canal inguinal. Je

cessai alors l'usage de l'appareil et abandonnai à la nature le soin de terminer l'évolution du testicule. Je n'en surveillais pas moins sa marche, car des faits prouvent qu'il peut s'arrêter à mi-chemin et quelquefois même se dévier complétement de la route qu'il doit suivre, et qu'il faut revenir à l'emploi du bandage. Il n'en fut rien dans ce cas, et je n'eus qu'à m'applaudir du résultat.

Depuis, j'ai observé un second fait exactement semblable, chez un enfant de trois ans aussi, en 1852, à propos d'un rapport sur les ectopies du testicule dont j'étais chargé par la Société de chirurgie. Je n'hésitai pas à appeler l'attention de mes collègues sur la valeur de cette intervention des appareils mécaniques

(*La fin au prochain numéro.*

M. le professeur Tardieu est nommé doyen de la Faculté de médecine.

Par arrêtés ministériels, ont été nommés : *Officiers de l'instruction publique.* — MM. Schimper, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, et Prez-Regnier, secrétaire de la Faculté des sciences de Paris. — *Officiers d'Académie.* — MM. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris ; Regnault, professeur de pharmacologie à la même Faculté ; Riche, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris ; Vigne, médecin du lycée de Tarbes.

La Société médicale des hôpitaux vient de fonder un prix de 1,000 francs, qui portera le nom de *Prix Philips*, et sera décerné tous les quatre ans à l'auteur qui aura le mieux traité la question posée par la Société ; cette question devra avoir trait à la curabilité de la méningite tuberculeuse. Pour la première période, la Société propose la question suivante : *Établir par des faits positifs la prophylaxie et la curabilité de la méningite dite tuberculeuse.* Les mémoires, écrits en français, devront être adressés, suivant les formes académiques ordinaires, à M. le docteur Lallier, secrétaire général de la Société, 22, rue Caumartin, à Paris.

La question des mariages consanguins va recevoir un nouvel élément de contrôle. Dans une récente circulaire ministérielle, il est recommandé aux maires de s'assurer, par une interpellation directe aux futurs époux, s'ils sont ou non parents au degré de cousin germain et même de cousin issu de germain. La déclaration, si elle est affirmative, sera mentionnée en marge de l'acte de mariage.

Le typhus vient de faire deux nouvelles victimes parmi les officiers de santé de notre corps d'expédition au Mexique.

MM. les docteurs Guéneau, aide-major de 1re classe, et Seyer, aide-major au 62e de ligne, ont succombé aux atteintes du terrible fléau.

M. le docteur Guéneau, déjà connu par des travaux importants, et M. Seyer, qui avait été envoyé pour le seconder, succombait le même jour que lui. Tous deux avaient été décorés pendant le siége de Puebla.

Une des célébrités de l'Allemagne, le professeur J. Schoenlein, vient de succomber à Romberg (Bavière), le 23 janvier, aux suites d'un rétrécissement de la trachée. M. Schoenlein était âgé de soixante-dix ans ; depuis 1819, début de sa carrière professorale, il avait occupé successivement une chaire aux Universités de Wurtzbourg, de Zurich et de Berlin.

M. le docteur de Smyttère, médecin de l'Asile d'aliénés de Lille, admis à la retraite, a été nommé médecin en chef honoraire de cet établissement.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur un moyen simple de combattre efficacement l'angine glanduleuse à son début, ou dans les exacerbations accidentelles de l'état chronique.

Ce n'est guère que de nos jours que l'analyse, s'appliquant à distinguer les états morbides divers confondus sous le nom commun d'*angine gutturale*, a conduit quelques médecins attentifs à poser l'angine glanduleuse comme une forme morbide distincte, qui se traduit par un ensemble de symptômes particuliers et à laquelle s'applique une méthode thérapeutique particulière. Le professeur Chomel, le docteur Green, et surtout M. Noël Guéneau de Mussy, sont les auteurs qui ont le mieux étudié cette variété de l'angine gutturale, et l'ont à toujours fixée dans le cadre nosologique avec sa complète originalité. Notre intention, dans cette courte notice, n'est pas de décrire cette maladie, dont l'histoire symptomatologique a été admirablement tracée, surtout dans l'ouvrage du dernier médecin que nous venons de citer; nous ne prétendons pas davantage à exposer les médications locales et générales que peut appeler cette maladie sous la forme où elle se rencontre le plus ordinairement; nous ne nous proposons rien de plus ici que d'ajouter un paragraphe à une histoire, d'ailleurs si complète, d'une maladie qui se rencontre fréquemment dans la pratique, et qui y passe quelquefois peut-être plus ou moins complétement inaperçue.

Ne réagissant presque jamais d'une manière funeste sur l'économie, surtout à son début, et ne se traduisant presque toujours alors que par quelques symptômes presque fugitifs, qui ne préoccupent en aucune façon les malades, à moins que la profession qu'ils exercent ne les rende plus attentifs à tout ce qui se passe d'anomal du côté de l'appareil de la phonation, l'angine glanduleuse, quand elle se développe, échappe très-souvent dans sa première évolution à l'observation du médecin. Il suffira, pour se convaincre de la justesse de cette remarque, de se reporter aux travaux les plus remarqués que possède la science sur cette matière; là, partout, l'histoire de la maladie n'est surtout tracée d'une manière complète que dans les diverses phases de son évolution chronique, tout comme la médication qui lui est opposée, toute variée qu'elle est en ses moyens, semble exclusivement instituée en vue de combattre une altération de cet ordre. Avant que la maladie soit arrivée à cette période avancée, où la muqueuse pharyngienne se montre mamelonnée,

variqueuse en quelque sorte, avant que des lésions analogues se manifestent par voie de contiguïté ou primitivement sur l'épiglotte, les malades avaient éprouvé des symptômes beaucoup moins accusés que ceux qu'ils présentent maintenant, et c'était là véritablement le début du mal. Il semble, d'après les phénomènes qu'on observe chez les malades qui se préoccupent assez de leur santé pour consulter le médecin à cette période de l'angine glanduleuse, ou chez ceux qui, à une période plus avancée de la maladie, rendent un compte exact de ce qu'ils ont tout d'abord éprouvé, il semble, dis-je, que ces phénomènes révèlent à la fois un trouble apporté tout d'abord et du côté du larynx, et du côté du pharynx. Ainsi, presque tous les malades font entendre de très-bonne heure le *hem* caractéristique du mal : il leur semble, le soir principalement, après les fatigues du jour, qu'un corps étranger, profondément logé dans l'infundibulum pharyngien, demande à être expulsé. Telle était cette sensation chez une jeune dame que j'observais dernièrement, que son esprit, effarouché par cette sensation pathologique, était tourmenté par la crainte que le mal, augmentant peu à peu, ne finît par obstruer complétement les voies de la respiration et la faire mourir subitement. Sans arriver à ce degré, et sans surtout provoquer ces terreurs hypocondriaques, souvent les malades, quand l'angine glanduleuse en est encore à cette période de son évolution, accusent la sensation d'un corps étranger au fond de la gorge, et que le médecin est tout d'abord porté à attribuer à un développement anomal des amygdales. Il en est peut-être ainsi quelquefois ; mais alors il s'agit de tout autre chose que de la maladie dont nous nous occupons en ce moment, et ce qui de suite distingue l'un de l'autre ces deux cas, c'est que, quelque prononcée que soit cette sensation morbide, s'il s'agit d'une angine glanduleuse simple à son début, les amygdales n'offrent dans leur conformation et leur volume rien qui en rende compte. Ce qui différencie encore ces deux cas, quand ils ne se compliquent pas réciproquement, c'est que, quand cette sensation de corps étranger au fond de la gorge perçue par le sens intime se lie à une simple angine glanduleuse, loin d'être provoquée par la déglutition d'un aliment quelconque, il semble plutôt que cet acte tout mécanique fasse taire la sensation anomale, comme s'il y avait là plutôt un spasme qu'un obstacle purement anatomique.

Nous avons dit que la modification morbide, qui constitue à son début l'angine glanduleuse, se manifestait souvent à la fois par des phénomènes insolites qui ont leur point de départ ou dans le pharynx, ou dans la partie supérieure du larynx ; mais il n'en est pas

toujours ainsi, surtout à cette période du mal. Les accidents éprouvés par les malades peuvent prédominer, ou du côté de l'appareil de la phonation, ou du côté de l'antre pharyngien. Dans le premier cas, le *hemming*, comme disent les Anglais en employant une de ces heureuses onomatopées qui ne sont point rares dans leur langue, est extrêmement prononcé; la parole fatigue, et les malades, d'instinct, arrivent à ménager leur voix, et surtout à abaisser le ton de celle-ci jusqu'à ne plus faire que souffler leur parole. Quand c'est, au contraire, la muqueuse pharyngienne qui s'altère dans sa nutrition normale, la sensation de corps étranger au fond de la gorge est plus prononcée, et, au lieu du *hem*, c'est un effort de déglutition à vide auquel ils se livrent le plus souvent, et qui tend à augmenter le mal. M. Noël Guéneau de Mussy s'est efforcé de caractériser cette période du mal; mais, quelque peu préoccupé des causes variées qui peuvent lui donner naissance, nous ne savons si les phénomènes qu'il donne comme caractéristiques du début de la maladie qu'il a si bien étudiée à une phase plus avancée de son développement, il les a réellement observés, ou s'il ne les a pas plutôt établis par voie purement inductive. Dans tous les cas, comme il s'agit d'un médecin aussi attentif que sagace, nous ne pouvons nous dispenser de reproduire ici sommairement les enseignements qu'il fournit sur ce point dans son livre si instructif. « Le plus souvent, dit le médecin de l'Hôtel-Dieu, les débuts sont lents, insidieux; ils peuvent, pendant longtemps, passer inaperçus. Les malades éprouvent de temps en temps une sensation d'embarras, de picotement, de chatouillement, de cuisson dans le gosier, d'occlusion du larynx, qui les porte à faire une expiration brusque, rauque, bruyante (le *hem*); quelquefois c'est une sorte de reniflement pharyngien, un mouvement d'expuition, d'autres fois une expiration forte et sonore, une espèce de rugissement guttural, ou bien ils répètent de fréquents mouvements de déglutition, comme pour se débarrasser d'une espèce de corps étranger qu'ils croient sentir à l'isthme du gosier [1]. » En somme, bien que plus variée dans son expression, la sensation anomale que les malades éprouvent au début de l'angine glanduleuse, d'après notre très-habile confrère, cette sensation, répété-je, est la même que celle que nous avons constatée, et que nous avons cherché à exprimer dans les lignes qui précèdent.

Maintenant, à ces symptômes presque tous subjectifs correspondent

---

[1] *Traité de l'angine glanduleuse*, p. 48.

quelques phénomènes objectifs que nous allons faire connaître sommairement. Dans quelques cas, à comparer l'état de la muqueuse pharyngienne telle qu'on la peut observer sans instrument amplificateur de la vue, à comparer, dis-je, l'état de cette muqueuse à l'état de la même muqueuse chez un bon nombre d'individus qui ne souffrent en aucune façon de ce côté, nous devons l'avouer, nous n'avons saisi aucune différence appréciable. Est-ce pourtant qu'il en est réellement ainsi ? nous sommes convaincu que ce serait une complète erreur que de le croire. Certainement, cette muqueuse est altérée dans sa texture intime : seulement, à cette période du mal, les modifications qu'elle a subies se dérobent souvent à l'observation grossière dont nous nous sommes toujours jusqu'ici contenté. C'est ici surtout que le laryngoscope, quand il sera devenu un instrument usuel pour tous les médecins, et que son application aura été simplifiée, pourra montrer des lésions qui échappent presque nécessairement à un examen pratiqué dans une grande obscurité relative. Mais heureusement il n'en est pas toujours comme nous venons de le dire : dans quelques cas, nous avons pu constater un état comme vernissé de la muqueuse pharyngienne ; dans d'autres, il y avait même comme une injection disséminée, ou des taches comme morbilliformes. Quant aux lésions plus nettement caractérisées et qu'a compendieusement détaillées M. Guéneau de Mussy, telles que ces petites saillies arrondies, semi-pellucides, semblables à des œufs de poisson, et que naguère j'observais, chez une jeune fille atteinte d'un eczéma des mains, d'une manière si accentuée, que je fus tenté de considérer la lésion du pharynx comme un eczéma de cet organe, telles encore que ces lentilles de 1 à 3 millimètres d'épaisseur qui parsèment la membrane malade, etc., etc., toutes ces lésions appartiennent à un état plus avancé de l'affection que nous étudions en ce moment, et ne doivent pas nous occuper, pour rester dans les limites où cette note doit se circonscrire.

Ainsi saisie à la première phase de son évolution, et avant le développement de lésions qui appellent soit un traitement topique énergique, soit les sulfureux à l'intérieur, etc., l'angine glanduleuse peut avorter sous l'influence d'une médication bien simple, que nous allons rapidement indiquer. Cette médication consiste uniquement dans une sorte de collutoire de gomme appliqué d'une manière continue sur les parties affectées, en prescrivant aux malades de tenir constamment dans la bouche quelques fragments de cette substance. Telle est l'heureuse influence de ce moyen, que plusieurs fois nous avons pu faire disparaître l'ensemble d'accidents que nous avons

énoncés plus haut, rien qu'en conseillant l'usage de cette sorte d'épithème interne à des religieuses directrices d'écoles d'enfants ou de jeunes filles, et cela, sans condamner au repos l'organe de la parole. Qu'on me permette de consigner ici, le plus succinctement possible, un de ces cas. Mlle T***, âgée de quarante-huit ans, non réglée depuis plusieurs années déjà, s'est plainte plusieurs fois d'éprouver dans le gosier une sensation anomale, comme si un corps étranger existait d'une manière constante au fond du pharynx ; point de *hem*, point d'efforts d'expiration ; appétit conservé, apyrexie complète. A l'inspection de la gorge, amygdales avec leur volume ordinaire et leur coloration normale; luette petite, plutôt pâle que rose; pointillé léger de la muqueuse pharyngienne par plaques disséminées. Je conseille des insufflations d'alun, un gargarisme avec la même substance, comme agent actif; ces moyens sont continués pendant quelques jours et ne produisent aucun effet. C'est alors que je conseille à la malade l'épithème de gomme dont je parlais tout à l'heure : au bout de vingt-quatre heures, l'amélioration était déjà sensible; au bout de peu de jours, tous les accidents avaient disparu. La malade est-elle guérie ? Je ne le crois pas. Il faudrait peut-être, pour arriver à ce but, qu'elle commençât par s'interdire l'enseignement pénible auquel elle a voué sa vie, et elle ne veut, ni peut-être ne peut le faire. Mais, à supposer que cela fût possible, elle n'y recourrait plus depuis qu'elle a sous la main un moyen simple de mettre fin rapidement aux premiers accidents qu'elle ressent de ce côté, et qui lui annoncent le retour du mal dont nous avons si heureusement triomphé.

Voici un second fait, où cette médication si simple a triomphé d'une manière plus éclatante encore. Mme X*** éprouve depuis six semaines environ un sentiment de gêne à l'isthme du gosier : tantôt c'est un sentiment de chaleur, tantôt il semble à cette malade que des aiguilles lui traversent le fond de la gorge; mais ce qu'elle éprouve surtout, c'est la sensation d'un corps étranger dans cette partie, ce qui suscite des mouvements incessants de déglutition. Cette dame, très-jeune encore, et idole d'un mari infirme, est entourée de soins qui tendent à la pousser à l'hypocondrie; c'est la malade dont je parlais précédemment, et dont l'imagination, effarouchée par cette sensation insolite, lui mettait constamment sous les yeux le danger d'une mort subite par occlusion des voies respiratoires. La malade avait tenté mille moyens conseillés par plusieurs confrères qu'elle avait successivement consultés, et tous ces moyens avaient échoué, quand ils n'avaient pas, dans l'opinion de la malade, exaspéré la

souffrance. L'examen de la gorge ne me montra aucune lésion : j'eus recours à mon épithème de gomme, et, en quelques jours, il mit fin à des accidents sans aucune gravité sans doute, mais à des accidents réels, et qui assombrissaient la vie non-seulement de la malade, mais de tout son entourage lui-même.

Je pourrais multiplier ces observations, car j'en ai en mémoire quelques-unes encore qui témoigneraient également en faveur de la médication topique que je viens d'indiquer ; mais comme ce sont là des faits d'un ordre si simple, qu'il n'est pas nécessaire de les multiplier pour les montrer dans leur physionomie vraie, je me contenterai des courtes observations qui précèdent.

Maintenant, de l'efficacité du médicament topique dont je viens de parler, faut-il conclure à l'exclusion des médications complexes qu'on oppose d'ordinaire à l'angine glanduleuse ? Cette conclusion est à cent lieues de mon esprit, tout comme elle ne sort en aucune façon de l'expérience au nom de laquelle j'ai formulé le précepte dont cette note est l'expression. Nul doute que, quand l'angine glanduleuse est tout à fait à son début, ou que, à l'état chronique, elle s'exaspère d'une manière plus ou moins intense, le moyen que je préconise ici ne soit souvent d'une heureuse application ; mais c'est assurément dans ces limites qu'il faut se tenir pour obtenir de ce moyen l'efficacité qu'on en peut légitimement attendre. Tout restreint qu'est le nombre des faits qui, pour moi, ont mis en pleine lumière l'efficacité de ce moyen simple, cette efficacité s'est montrée d'une manière si évidente à mes yeux, que, même à une période plus avancée de l'angine glanduleuse, vierge de tout traitement antérieur, je n'hésiterais pas à y revenir tout d'abord au moins, pour tenter l'aventure d'une cure à laquelle des médications infiniment plus complexes ne conduisent pas toujours facilement. En s'étendant, en se compliquant, et en se perfectionnant sans doute, la thérapeutique tend à nous désapprendre les moyens simples que nous avons sous la main pour combattre les maladies : sachons, dans une certaine mesure, résister à cette tendance, et, comme Montesquieu voulait que ce qu'on peut obtenir des mœurs, on ne le demandât pas aux lois, de même ce que nous pouvons obtenir de moyens si simples qu'ils sont en quelque sorte de l'hygiène, ne le demandons pas aux violences de la thérapeutique.

Des effets physiologiques et de l'emploi thérapeutique de la *lobelia inflata* [1].

Par M. le docteur Barrallier, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

Propriétés thérapeutiques. — La *lobelia inflata* a été surtout employée contre l'asthme par les médecins de l'Amérique du Nord; rarement ils l'ont prescrite seule, le plus souvent ils l'ont associée avec la strychnine et quelquefois avec l'iodure de potassium; en Allemagne, on emploie l'infusion ou la teinture sans aucune association : « Ce végétal s'est acquis dans ce pays une grande réputation pour le traitement de l'asthme spasmodique; il paraît jouir de propriétés vraiment spécifiques dans les affections de cette nature. D'après les observations de M. le docteur Elliotson, dans deux cas d'asthme spasmodique dont les accès étaient très-violents, 20 à 30 gouttes de teinture alcoolique de *lobelia inflata* dans suffisante quantité d'eau distillée, en trois fois dans la journée, eurent un succès rapide, et les accès disparurent complétement au bout de trois jours. » (*Supplément au Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique de Mérat et de Lens*, p. 438.)

En consultant les auteurs qui ont expérimenté cette plante, on constate que presque tous ne l'ont employée que contre l'asthme essentiel et nerveux; néanmoins, plusieurs médecins anglais l'ont essayée contre diverses maladies du larynx et des bronches, dans les convulsions, le tétanos, la chorée, etc.

Ce fut d'abord contre l'asthme que j'employai, pour la première fois, la *lobelia inflata* satisfait des heureux résultats que j'en obtins, je pensai qu'elle pourrait être utile contre les troubles de la respiration qui, sous le nom générique de dyspnée, sont occasionnés par diverses maladies des organes thoraciques; dans le plus grand nombre des cas, je pus soulager mes malades.

Mais la dyspnée dépend de causes morbides si variées, qu'il est nécessaire, pour établir convenablement les indications de la lobélie enflée, de spécifier les maladies, avec symptômes dyspnéiques, qui réclament son emploi.

La dyspnée est un symptôme qui accompagne fréquemment les maladies du larynx, des plèvres, des poumons, du cœur, quelques névroses et certaines maladies cérébrales; parmi celles qui réclament l'administration de cette plante, je citerai principalement l'asthme, la phthisie pulmonaire, l'anémie, la chlorose, et ces divers états morbides où il existe un vice réel de l'hématose.

---

(1) Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 72.

La dyspnée est une manifestation symptomatique dérivant, dans le plus grand nombre des cas, d'une cause matérielle évidente : aussi les moyens que l'on a proposés pour la combattre varient suivant la nature de cette cause ; tous les auteurs s'accordent à dire que, contre ce symptôme, il ne peut y avoir de médication invariable ; je n'ai donc pas l'intention de considérer la *lobelia inflata* comme ayant la puissance de faire disparaître, dans tous les cas, l'oppression qui accompagne les maladies que j'ai énumérées plus haut ; mais, je dois le dire, cette plante m'a donné les résultats les plus heureux, et souvent les plus inattendus, dans des cas très-divers de dyspnée.

J'ai déjà dit que j'avais commencé par employer la teinture de *lobelia inflata* contre l'asthme ; je connaissais les travaux publiés par nos confrères des Etats-Unis, de l'Angleterre et de l'Allemagne ; vivement impressionné par le tableau navrant que présentent les malheureux asthmatiques pendant leurs accès, ayant dans maintes circonstances reconnu l'impuissance réelle des moyens proposés pour modérer ces accès, tels que les révulsifs cutanés, les antispasmodiques, les stupéfiants, etc., j'eus recours à la lobélie ; j'administrai la teinture à la dose de 1 gramme et quelquefois de 1gr,50 dans environ 60 grammes d'eau édulcorée, que je faisais prendre par cuillerée à soupe à intervalles très-rapprochés, et j'ai eu, dans presque tous les cas, le bonheur de couper court à l'accès et de soulager rapidement les patients ; chez deux de mes malades, j'ai remarqué que l'usage habituel de ce médicament avait espacé les accès ; et, ce qui était pour eux un avantage inappréciable, ces accès étaient moins intenses et de moins longue durée.

La phthisie pulmonaire, dans ses dernières périodes, s'accompagne souvent de dyspnée s'exaspérant la nuit, et augmentant les causes si multipliées de souffrances qui assaillent les malades ; calmer l'oppression, faciliter ainsi quelques heures d'un sommeil réparateur, est une indication importante qu'il faut se hâter de remplir ; dans ces cas, je n'ai jamais eu de reproches à faire à la teinture de *lobelia inflata* : elle a constamment modéré et même parfois a calmé complétement la dyspnée, et, par suite, a déterminé un sentiment général de bien-être, vivement apprécié par les malades.

Je trouve dans mes notes un fait très-remarquable de l'emploi heureux de cette teinture : Mlle E. L***, âgée de dix-sept ans, atteinte de phthisie pulmonaire à un degré avancé, était tourmentée par une oppression constante, augmentant principalement le soir et continuant toute la nuit ; je donnai la teinture, qui amena un no-

table soulagement; mais son action bienfaisante ne se maintenant que pendant la durée de son administration et quelques heures seulement après la prise de la potion entière, je fus obligé de porter la dose à 2 grammes par vingt-quatre heures; au bout de deux jours l'oppression disparut presque complétement, mais la malade fut prise d'une somnolence prolongée; le réveil était facile; quand on l'interpellait, elle répondait, accusait, avec le sourire sur les lèvres, un grand sentiment de bien-être, et quand c'était ma présence qui déterminait le réveil, elle me remerciait, avec la plus vive effusion, de lui avoir administré un remède qui lui faisait tant de bien.

C'est dans la dyspnée des tuberculeux que j'ai employé le plus souvent la *lobelia inflata*, et, comme je l'ai dit précédemment, j'ai pu presque toujours calmer ou modérer les symptômes dyspnéiques si pénibles dans les derniers temps de cette fâcheuse maladie; néanmoins, s'il est vrai de dire que, dans le plus grand nombre de cas, cette plante a exercé une action heureuse, je dois pourtant reconnaître qu'elle est parfois impuissante; en étudiant, dans les cas d'insuccès, l'état du malade, en m'aidant des lumières fournies par l'auscultation, j'ai constaté que l'inefficacité du remède était due à l'existence d'un emphysème pulmonaire, qui accompagne souvent la phthisie.

La dyspnée est un symptôme fréquent du catarrhe pulmonaire chronique et principalement de cette forme que Laënnec désigne sous le nom de catarrhe sec, où les accès d'oppression, qui d'abord n'apparaissent qu'après les repas, se manifestent ensuite d'une manière continue, et durent plusieurs jours; cet état, que l'on observe souvent chez les personnes âgées, est promptement modéré par la teinture de *lobelia inflata*.

A la fin des pneumonies, alors que tous les signes qui appartiennent à la phlegmasie des poumons se sont complétement dissipés, il n'est pas rare d'observer une dyspnée persistante : dans ce cas, les mouvements respiratoires sont très-fréquents et très-courts; il semble que la quantité d'air que l'inspiration introduit dans la poitrine trouve un obstacle à sa distribution dans les vésicules pulmonaires; cet état, qui, parfois, est très-difficile à supporter par les malades, et leur cause des inquiétudes et des angoisses qui entravent leur convalescence, a besoin d'être promptement combattu; dans ce cas, j'ai toujours vu réussir la teinture de *lobelia inflata*. Je pourrais citer plusieurs observations pour démontrer d'une manière plus évidente cette heureuse influence de la *lobelia*; je me contenterai de rap-

porter un fait que m'offre, au moment où j'écris ces lignes (10 décembre 1863), le nommé Poloso (François), matelot du vaisseau *le Redoutable;* ce marin, atteint de pneumonie de la base du poumon droit, traitée par le tartre stibié à hautes doses, est pris le 4 décembre 1863, le vingt et unième jour de sa maladie, de symptômes dyspnéiques très-prononcés, principalement le soir; l'auscultation ne révélait rien d'anormal; la respiration s'exécutait partout d'une manière physiologique; pour moi, ces symptômes dérivaient bien manifestement d'une perversion des fonctions nerveuses des poumons; m'appuyant sur cette indication diagnostique, j'administrai une potion avec 1 gramme de teinture de *lobelia inflata;* dès la première dose, survint une amélioration notable; la disparition complète de l'oppression eut lieu le 7 décembre, alors que le malade eut pris, en quatre jours, 4 grammes de la teinture.

J'ai rarement eu l'occasion d'administrer la *lobelia inflata* dans la bronchite capillaire; cette maladie, qui sévit souvent chez les enfants pendant l'évolution des fièvres éruptives, est caractérisée par une dyspnée très-intense, qui, au début, doit être combattue par les moyens que réclament les inflammations des organes respiratoires à marche très-aiguë; mais, plus tard, quand la résolution tend à s'établir, il arrive parfois qu'en dehors de toute altération anatomique évidente, l'oppression se continue et même s'aggrave; c'est alors que la teinture de *lobelia inflata* est parfaitement indiquée.

On observe souvent chez les anémiques et les chlorotiques des essoufflements, de la dyspnée au moindre exercice, symptômes ordinairement très-prononcés chez les sujets qui présentent des troubles nerveux plus nombreux; dans ces cas, la lobélie enflée n'est qu'un palliatif, elle calme provisoirement, mais elle est impuissante à modifier la cause première de ces désordres respiratoires qui sont sous la dépendance d'un vice de composition du sang.

Emploi extérieur. — En Allemagne et en Angleterre, l'infusion de *lobelia inflata* a été employée contre diverses maladies externes; on l'a surtout recommandée, sous forme de fomentations, dans le traitement des plaies douloureuses.

Aux Etats-Unis, le docteur Livezey a rendu populaire l'emploi de l'infusion en injections contre la rigidité du col utérin pendant le travail de l'accouchement. De nombreux faits prouvant l'efficacité de cette plante dans ce cas sont relatés dans les journaux de médecine de l'Amérique du Nord : il y a quelques années le docteur Brickell, de la Nouvelle-Orléans, a fait connaître l'heureuse influence exercée par une infusion de 1 gramme de *lobelia inflata* pour une

pinte d'eau, dans un cas de ce genre observé chez une primipare âgée de quarante et un ans.

Je n'ai jamais employé la lobélie enflée contre la rigidité du col utérin pendant le travail de l'accouchement ; par conséquent je ne puis rien affirmer sur ce sujet; mais ne pourrait-on pas avancer, sous toutes réserves du reste, que l'action médicamenteuse de cette plante a peu de valeur dans ce cas, puisque nous savons qu'il est aujourd'hui établi que les douches simples ont une influence très-efficace pour provoquer les contractions de la matrice et les dilatations du col ?

Le docteur Eberle a administré une fois, avec succès, une forte décoction de lobélie enflée en lavement dans un cas de hernie étranglée.

Appréciation. — Maintenant que les propriétés de la *lobelia inflata* nous sont connues, nous pouvons chercher à en apprécier l'action.

J'ai dit que cette plante, administrée à un individu sain, déterminait un état de malaise général caractérisé par de la céphalalgie, des nausées, une constriction plus ou moins gênante de la poitrine et de la somnolence ; nous voyons là réunis tous les symptômes que présentent les individus qui fument pour la première fois du tabac, et ceci ne peut nous étonner, puisque nous savons que la lobélie enflée est employée par les Peaux Rouges de l'Amérique du Nord comme succédanée de la nicotiane.

A l'état pathologique et à doses convenables, les symptômes précédents ne sont plus en évidence ; tout au contraire, on observe un état de calme et de sédation, résultat des propriétés stupéfiantes que ce végétal possède et qui s'exercent d'une manière heureuse sur le système nerveux, et principalement sur le principe d'innervation du pneumo-gastrique, dont les actes étaient troublés et pervertis par la maladie.

D'après ce qui précède, la *lobelia inflata* doit être placée à côté du tabac, dans la classe des stupéfiants ; mais si les faits que j'ai fait connaître légitiment ce voisinage, on ne peut conclure qu'il existe entre ces deux plantes analogie d'action; elles ont des rapports en ce qui concerne leurs propriétés physiologiques, mais se séparent en ce qui a trait à quelques-unes de leurs propriétés thérapeutiques; il est vrai que, dans certaines circonstances, et chez certains individus, le tabac est sédatif dans les cas morbides que calme et modère la lobélie enflée : ainsi des asthmatiques habitués à l'usage du tabac fument une pipe ou un cigare à la fin de leur accès et sont notable-

ment soulagés par cette pratique; de plus, on sait que le tabac fait la base du sirop de Quercetan, vanté contre le catarrhe froid et l'asthme humide; c'est là le seul rapprochement que l'on puisse faire entre ces deux médicaments; les points de séparation sont plus nombreux, et proviennent, sans doute, de la différence qui existe dans leur constitution chimique, et surtout du degré d'énergie d'action de leurs principes actifs, la lobéline et la nicotine.

Conclusions. — D'après ce qui précède, on peut déduire les conclusions suivantes :

1° Sous le rapport physiologique, la *lobelia inflata* exerce une action manifeste sur le système nerveux et principalement sur les actes du pneumo-gastrique qui, sous son influence, sont pervertis et surtout exagérés ;

2° Sous le rapport thérapeutique, cette plante exerce une action sédative réelle sur l'innervation des organes respirateurs, se révélant par les heureux résultats que l'on en obtient dans tous les états morbides caractérisés par des symptômes dyspnéiques, comme on l'observe dans les diverses formes d'asthme, dans la phthisie pulmonaire, dans le catarrhe bronchique chronique, dans la fin des pneumonies et dans quelques maladies où existe une altération du sang, telles que la chlorose, l'anémie, etc.

L'action sédative, stupéfiante, de la *lobelia inflata* a pu être mise à profit dans certaines lésions externes, parmi lesquelles se rangent les plaies douloureuses et la contraction et la rigidité du col utérin pendant le travail.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la trachéotomie dans le croup (1).

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Il ne faut pas passer sous silence les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération.

Le premier est l'ouverture des veines superficielles, qu'on évitera en faisant d'abord lentement la première incision, en écartant avec les crochets mousses celles qui se présentent, et surtout en cessant de se servir du bistouri, dès qu'on sera arrivé au point où elles se rencontrent; on se trouvera très-bien de les écarter avec une sonde cannelée mousse. Lorsqu'on arrivera plus profondément, il faudra

(1) Suite et fin, voir le dernier numéro, p. 64.

introduire le doigt qui permettra d'écarter le tissu cellulaire qui est au-devant de la trachée, comme on le fait quand on veut arriver sur une artère profonde que l'on doit découvrir ; pendant ce temps on recommande à l'aide de se servir de son crochet mousse. Un second accident est de piquer la trachée-artère, et qu'elle vous échappe : on l'évite en faisant l'incision de ce conduit au-dessous de l'indicateur gauche, qui doit fixer la trachée et qu'on doit appliquer de suite sur cette première incision. Lorsque, malgré cette précaution, cette ouverture étant trop petite vous échappe, il faut ne pas perdre de temps à chercher cette ouverture, qui, dans ce cas, est trop petite, et en faire une nouvelle. On doit, à l'aide de l'indicateur, introduire l'extrémité du dilatateur ; l'instrument étant bien fermé, l'extrémité lenticulaire de la pince, qui peut glisser dans une incision de quelques millimètres, vous permet, une fois introduite, de tenir la trachée sans qu'elle vous échappe. On peut, s'il le faut, débrider avec le bistouri boutonné, en tenant toujours le dilatateur de la main droite et le bistouri de la main gauche ; sans cela, en changeant de main, on peut faire sortir le dilatateur de la trachée et rendre très-longue une opération qui a besoin d'être faite, sinon rapidement, au moins, en général, sans perte de temps. Un accident qui arrive quelquefois, c'est de faire l'incision sur les côtés de la trachée : c'est alors que le doigt indicateur, tenu sur la plaie, vous permet de diriger convenablement le dilatateur, qui lui-même peut servir à ramener vers la ligne médiane la plaie qui est latérale.

Quelquefois il est arrivé de faire l'incision plus longue qu'on ne la voudrait ; il ne faut pas oublier dans ce cas que, si on a une canule ordinaire, elle peut basculer et tendre à sortir de la plaie ; ce n'est qu'avec une canule longue qu'on remédie à cet accident.

Lorsque après avoir ouvert la trachée on ne peut retrouver de suite son ouverture, il s'infiltre de l'air dans le tissu cellulaire voisin, de manière à tuméfier le col et même les parties inférieures de la face. Il n'y a pas autre chose à faire qu'à chercher l'ouverture de la trachée avec le doigt indicateur gauche, à introduire le dilatateur et à écarter les lèvres de la plaie, pour faciliter la respiration par la plaie. On se donne ainsi le temps de tenir la plaie de la trachée écartée et d'introduire tranquillement la canule sur son conducteur.

L'emphysème disparaît avec le temps, quand la respiration est bien rétablie et la canule bien placée.

Quant à la crainte d'introduire le conducteur de la canule dans le tissu cellulaire ambiant de la plaie, cela ne s'observe que parce qu'on

place mal le dilatateur; ce qui n'a pas lieu quand on n'oublie pas que cet instrument sert de crochet double pour retenir la trachée et qu'il faut le retirer après la sonde conductrice bien introduite.

Dans la trachéotomie, un accident grave peut compromettre la vie du malade, lorsqu'on passe un certain temps avant d'ouvrir la trachée et qu'on a ouvert des vaisseaux qui donnent du sang. Si on a ouvert quelques vaisseaux artériels dont le sang jaillit par saccades, il faut les lier; si on a ouvert des veines, on doit s'en abstenir, mais on doit se hâter d'ouvrir la trachée, et le sang veineux cesse de couler. Pour éviter l'introduction du sang dans la trachée, on met aussitôt le doigt sur l'incision faite à la trachée : sans cette précaution, le sang qui est entré dans les voies respiratoires pourrait asphyxier le malade. Il faut alors introduire dans la trachée une sonde de gomme élastique et aspirer le sang avec la bouche, ou avec une seringue appliquée à l'extrémité de la sonde.

4° *Soins consécutifs.* — Les uns sont médicaux, les autres chirurgicaux : nous débutons par ces derniers.

Quelques instants après avoir placé la canule, il faut poser devant son orifice une cravate légère, faisant fonction de cache-nez, et qui a l'avantage d'empêcher l'air d'entrer directement; sans cela, on voit se sécher les mucosités qui arrivent dans la canule et déterminer de la difficulté dans la respiration et de l'irritation sur les bronches.

Il faut aussi retirer souvent la canule interne, lorsqu'elle s'engoue de mucosités, et la nettoyer dans l'eau chaude, en passant dans son intérieur un écouvillon de crin. Cette petite opération se fait très-facilement, quand on a examiné la manière dont se fixe la canule interne. Chaque fois qu'on la retire, il faut la nettoyer vite pour que la canule externe ne s'embarrasse pas, pendant le temps qu'on essuie celle qu'on doit remettre.

Si des fausses membranes embarrassent la trachée-artère ou la canule, on doit les extraire avec la pince à bec de grue, qui peut entrer et suivre la courbure de la canule jusque dans le tube respiratoire : elle est préférable pour cela à la petite baleine garnie d'une éponge, qui a l'inconvénient de refouler et non d'extraire. Si le malade n'expectore pas par la canule, on peut quelquefois passer rapidement l'extrémité de la barbe d'une plume fine de corbeau, elle peut exciter la toux et favoriser ainsi l'expulsion de fausses membranes ou de mucosités.

Quelquefois l'expectoration ne se fait pas, la trachée et la canule sont sèches, une ou deux gouttes d'eau tiède introduites dans la canule peuvent faire cracher le malade. Mais ce qui est préférable

est de faire respirer de l'air humide. Pour cela, il est important que l'air de la chambre ne soit pas sec, et par conséquent qu'elle ne soit pas chauffée par un poêle ou par une cheminée dans laquelle on brûle du coke. Il y a souvent avantage, s'il y a de la sécheresse dans le tube respiratoire, à mettre de chaque côté du lit du malade de larges terrines d'infusions bouillantes de plantes émollientes, dont la vapeur charge l'air que respire l'opéré.

Si la trachée s'engoue de mucus concrété ou de fausses membranes qui empêchent l'enfant de respirer, il est très-utile de retirer la canule et d'aller hardiment saisir dans la trachée, avec la pince à bec de grue, tout ce qui peut obstruer le canal aérien; faute de ce soin, des malades en voie de guérison peuvent succomber asphyxiés. Aussi il est de la plus haute importance que les opérés soient surveillés, dans les premiers jours, par des personnes capables de faire cette extraction.

Quant au premier pansement, qui consiste à enlever la canule externe pour la nettoyer et changer les cordons, il doit se faire au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures; alors on profite de ce moment pour cautériser la plaie avec le nitrate d'argent. Les jours suivants, on peut, tous les jours ou tous les deux jours, retirer la canule pour nettoyer la plaie, et chaque fois on peut s'assurer si l'air commence à passer dans le larynx. Pour cela, on doit appliquer quelques instants une éponge devant la plaie, et si l'enfant respire sans suffoquer, s'il peut, pendant que la plaie est fermée, éteindre avec la bouche une lumière, on doit penser que le larynx est libre. D'ailleurs, on ne retire définitivement la canule qu'au bout de trois ou quatre jours au plus tôt, souvent huit ou dix, quelquefois plus.

Il est toujours avantageux de retirer le plus vite possible la canule, car, sa courbure est telle, qu'elle détermine par son extrémité une ulcération le plus souvent à la paroi antérieure de la trachée, quelquefois à la paroi postérieure; c'est dans le but d'éviter cet accident que notre collègue, M. Roger, a fait faire par M. Luër des canules mobiles, qui sont portées facilement dans tous les sens suivant les mouvements du cou, et qui empêchent que l'extrémité de la canule ne presse constamment sur un même point. A l'aide de ce perfectionnement, les ulcérations produites par la canule sont rares; cependant, nous avons vu des canules mobiles produire encore des ulcérations. Nous pensons qu'on reconnaît cet accident à l'expulsion de crachats sanguinolents sortant par la canule. On les fait cesser en retirant la canule; et, dans le cas où le malade ne pourrait pas encore respirer par le larynx, il faudrait employer une canule cour-

bée à angle droit, dont l'extrémité se dirige dans la direction verticale de la trachée. Dans ces cas, les canules qu'on emploie ordinairement n'ont pas une courbure convenable, et alors il serait avantageux d'avoir tout à la fois une canule mobilisée par le procédé de M. Luër et courbée presque à angle droit par le procédé de M. Charrière.

Dans ce genre de modèle, on ne peut mettre l'une dans l'autre des canules de la même courbure. Il faut que le tube interne, pour pouvoir entrer, présente une extrémité articulée mobile qui se prête à la flexion pour pénétrer.

Il est des circonstances où la canule reste plus qu'on ne le voudrait, et cela dépend quelquefois de ce qu'il existe sur les cordes vocales du larynx des fausses membranes adhérentes. Dans ce cas, nous nous sommes quelquefois bien trouvé de faire une espèce de ramonage du larynx.

Cette opération est fort simple : pour la pratiquer, il faut avoir un petit bourdonnet de charpie lié avec un fil double à sa partie moyenne, disposé comme le tampon qu'on destine à oblitérer l'orifice postérieur d'une narine pour arrêter l'épistaxis. Ce tampon, du volume d'un haricot à peu près, est garni d'un fil qu'on passe dans les yeux d'une sonde de gomme élastique ; elle est introduite de bas en haut par la plaie de la trachée ; elle arrive facilement dans la bouche, on la dégage du fil, on la retire par en bas, et le fil qui est dans la bouche sert à entraîner de bas en haut le petit tampon, qui passe entre les cordes vocales et les débarrasse des fausses membranes qui pourraient s'y trouver.

A l'aide de ce moyen, nous avons vu respirer de suite certains malades qui ont pu alors quitter leur canule et ne plus la remettre. Malheureusement ce moyen ne réussit pas toujours, et nous connaissons des malades qui ont gardé plusieurs mois leur canule, quelques-uns plusieurs années et qui même la portent toujours, ne pouvant jamais s'en priver, sous peine de ne pouvoir plus respirer.

Il faut dire que cette difficulté de retirer la canule définitivement aux malades peut dépendre quelquefois d'une paralysie du larynx, analogue à la paralysie du voile du palais, si bien indiquée par M. Maingault ; dans ces cas, les malades peuvent, avec le temps, se débarrasser de la canule ; mais, lorsque cela persiste, on pourrait obtenir un bon résultat de l'électricité sur le larynx, comme M. Debout en a cité un exemple.

Nous devons signaler un fâcheux accident qu'on observe de suite après l'opération, et quelquefois lorsqu'on veut retirer définitivement

la canule. C'est celui qui consiste dans la difficulté d'avaler les liquides et même les solides : les malades avalent de travers, les boissons et les aliments solides passent par le larynx et par la plaie.

Dans ce cas, il suffit quelquefois d'attendre, de patienter, de faire avaler les malades doucement, sans précipitation, de donner des aliments épais, des bouillies, du macaroni, et pas de liquides ; en quelques jours on voit les choses se modifier. Mais il est aussi des cas où la déglutition continue à mal s'effectuer, et si les malades dépérissent faute de nourriture, il faut employer le moyen que nous conseillons, même chez ceux qui, de suite après la trachéotomie, refusent, comme cela s'observe, de prendre aucune nourriture.

Il faut nourrir les enfants à l'aide d'une sonde courbe de gomme élastique introduite par le nez, poussée jusque dans l'œsophage.

Nous avons vu des enfants s'habituer à cette opération, qui se fait trois fois par jour, en injectant chaque fois, avec une seringue de verre, soit du lait, soit du café au lait, du bouillon ou du chocolat. Ils sont revenus à la vie qui leur échappait par suite de privation de nourriture.

Cette petite opération de l'introduction de la sonde par le nez, passant par le pharynx et l'œsophage, est bien plus facile que celle par la bouche, dans laquelle on a à craindre d'arriver dans le larynx. L'essentiel, dans cette introduction, est de bien suivre la paroi postérieure du pharynx, en dirigeant le bout de la sonde vers la colonne vertébrale.

Lorsque enfin on peut retirer définitivement la canule et qu'il faut faire fermer la plaie, il est inutile de mettre des bandelettes agglutinatives. Il faut que l'ouverture de la trachée se ferme d'abord, et la plaie des téguments ensuite. Pour cela, un pansement simple suffit, et quelquefois l'application du nitrate d'argent, si la cicatrice languit, des lotions avec du vin peuvent activer la cicatrisation.

Lorsqu'on ne peut pas retirer définivement la canule, il y a des opérés qu'on doit laisser une ou deux heures sans canule, puis la remettre ; on peut la retirer le jour et la remettre la nuit, de cette manière, les enfants reprennent l'habitude de respirer qu'ils avaient momentanément perdue, ayant été brusquement privés de respirer par la bouche. On peut essayer les canules que vient d'imaginer M. Laborde, et qu'il a fait faire chez MM. Robert et Colin ; ces canules sont décrites et représentées dans la livraison du *Bulletin général de Thérapeutique*, du 15 novembre 1863 (t. LXV, p. 417).

II. *Soins consécutifs médicaux.* — Si les soins chirurgicaux dont

nous venons de parler longuement, sont extrêmement utiles, nous devons dire que les soins médicaux sont indispensables.

La maladie pour laquelle on a pratiqué la trachéotomie, tenant à une cause générale, ne peut guérir par l'opération, qui n'est, on doit bien le dire, qu'un moyen pour faire respirer le malade, qui succomberait sans cela ; il faut absolument que le temps et les soins médicaux achèvent la guérison.

Lorsqu'on a confiance dans un médicament modificateur de la diphthérite, soit le chlorate de potasse, soit le perchlorure de fer ou tout autre, il faut continuer l'usage de ce moyen, mais aussi il est absolument nécessaire de soutenir les forces du malade et de le nourrir.

Le lait ou le bouillon léger doivent être employés ; le vin, les aliments solides peuvent être graduellement mis en usage ; le quinquina, employé sous diverses formes, est très-souvent utile.

Il faut se persuader qu'on obtient plus de guérisons chez les malades qui se nourrissent bien dès le jour de l'opération, que chez ceux qui refusent les aliments.

On ne saurait trop recommander d'examiner la poitrine, pour parer de suite aux complications qui surviennent si souvent. Même dans la convalescence, il faut combattre toutes les maladies qui peuvent survenir, affections de poitrine, du ventre, paralysie du voile du palais, ou autres, et modifier le régime suivant les circonstances.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des vins à base de quinquina et de leur préparation.

L'indication de soutenir, d'exciter, de relever les forces, de remonter la nutrition, de corroborer l'organisme, de tonifier en un mot, suivant l'expression consacrée, s'est toujours fréquemment présentée en thérapeutique appliquée. Mais aujourd'hui, soit que les doctrines régnantes aient conduit à reconnaître plus souvent cette indication, soit qu'il existe en réalité plus qu'en d'autres temps un état hyposthénique, un fond d'adynamie dans un grand nombre de maladies, on semble recourir plus que jamais aux moyens thérapeutiques susceptibles de relever l'énergie vitale des organes et des fonctions. Il ne faut donc pas s'étonner de la multiplicité des formules que l'on vient offrir et recommander au médecin praticien pour l'aider à atteindre ce but important.

Que toutes ces formules aient chacune leur mérite relatif, je veux bien l'admettre ; mais il y en a quelques-unes sur lesquelles je me permettrai de faire quelques réserves : ce sont celles qui, dans leur exécution, constituent des *spécialités* propres aux officines pharmaceutiques qui les débitent et les préconisent. Plusieurs de ces préparations officinales ont une apparence de remède secret ou un cachet d'industrialisme qui inspirent quelques défiances à leur égard, surtout lorsque se joignent à cela les exagérations et les insistances de l'annonce, qui peuvent bien servir à leur vulgarisation parmi les gens du monde, mais non les accréditer dans l'esprit des médecins instruits et sérieux. Un remède dont la composition ne nous est pas rigoureusement connue, dont le mode de préparation ne nous est pas pleinement exposé, n'a pas de valeur scientifique ; et même, si, confiants dans le nom et dans la moralité du préparateur ou du vendeur, nous pouvons concéder l'emploi de ces remèdes à quelques malades, sur leur demande, nous sommes autorisés à n'en point faire la base de nos prescriptions habituelles. Qui nous dit que ces nombreux vins de quinquina, par exemple, dont les annonces s'étalent de toutes parts, renferment la quantité proportionnelle de quinquina que nous voudrions faire consommer à nos malades? Qui nous dit que par cela même qu'ils sont plus flatteurs au goût, ils ne possèdent pas moins de principes actifs ou moins de puissance thérapeutique que celui qu'on aurait obtenu par la formule du codex ou toute autre analogue ? Qui nous dit encore qu'ils ne contiennent pas certains principes que l'étiquette ne fait pas supposer, et qui ne doivent, en définitive, s'introduire dans une médication qu'au vu et au su du médecin ?

On ne saurait trop déplorer l'habitude, qui se prend de plus en plus dans la pratique médicale, d'accepter et de prescrire insouciamment ces spécialités pharmaceutiques dont la composition reste secrète ou imparfaitement connue. Que l'on sache donc bien que, non-seulement les remèdes officinaux de cette catégorie suspecte ont pour les malades une utilité douteuse, et nullement comparable en tous cas à celle des médicaments magistralement formulés par le vrai thérapeutiste ; mais encore que, en général, il n'y a profit réel dans leur débit que pour l'inventeur, tandis qu'il y a pour le pharmacien plus de bénéfice, comme aussi il y a plus d'honneur, à préparer lui-même le remède et à le livrer conforme à la formule explicite du médecin.

Ces spécialités ont un autre défaut ; elles sont plus ou moins chères ; elles le sont plus que les remèdes, officinaux ou magis-

traux, vendus par le pharmacien qui les a préparés lui-même. Elles sont donc souvent inabordables, fussent-elles excellentes par ailleurs, pour les petites bourses, et surtout pour les pauvres.

Pour rester ici dans la question des vins toniques, disons donc que tout nous engage à préférer ceux dont la formule, écrite au grand jour et appréciable dans tous ses composants, peut être exécutée par chaque pharmacien, en l'absence de celui-ci par le médecin, et à la rigueur par les malades eux-mêmes ou par leurs aides.

Cela posé, nous pouvons considérer comme base fondamentale des vins toniques, le tonique par excellence, — le quinquina, — et comme formule type celle inscrite dans la dernière édition du Codex, que nous allons rappeler textuellement :

Pr. Quinquina gris...........	2 onces ou	64 grammes.
Alcool à 21° Cart. (56 ccnt.).	4 onces ou	125 grammes.
Vin rouge généreux......	2 livres ou	1,000 grammes.

Concassez le quinquina, versez dessus l'alcool, et laissez en contact dans un vase fermé pendant vingt-quatre heures ; ajoutez le vin ; faites macérer pendant huit jours, en agitant de temps en temps ; passez avec expression et filtrez.

Il y a cependant plusieurs reproches à adresser à cette formule, qui demande des modifications.

D'abord le choix du quinquina gris est un peu singulier. Il passe pour être le moins médicalement actif ; en effet, il contient surtout de la cinchonine, et peu ou même pas de quinine ; or, l'on sait que le premier de ces alcaloïdes est infiniment moins énergique dans son action que le second ; mais en revanche, dans le quinquina gris les matières astringentes paraissent être assez abondantes, et c'est peut-être cela qui l'aura fait préférer, avec une apparence de raison, par les auteurs du Codex pour le vin de quinquina.

On peut également critiquer le choix d'un vin rouge. Les vins rouges contiennent tous plus ou moins de tannin, principe qui entraîne les alcaloïdes, cinchonine et quinine, en les précipitant, et qui restant ainsi avec eux sur le filtre, enlève au vin de quinquina une partie des principes actifs sur lesquels on devait compter. Cette réaction est telle que les vins rouges, et surtout ceux qui sont le plus colorés, comme les vins du midi, par exemple, se décolorent par la macération du quinquina dans leur sein ; non-seulement le tannin qu'ils contiennent, mais encore les matières analogues au tannin, représentées par leurs matières colorantes, se déposent, sont arrêtées par la filtration ; et ainsi ces vins eux-mêmes se dépouillent en partie des principes qui devaient con-

tribuer, dans le produit de l'opération, à des propriétés toniques et astringentes également recherchées; car le tannin n'est pas seulement un astrigent, c'est aussi un tonique.

Par conséquent, il faut : 1° rejeter le quinquina gris, et préférer le quinquina jaune, si l'on veut un produit aussi riche que possible en quinine; et surtout, 2° substituer d'une manière absolue le vin blanc au vin rouge, substitution d'ailleurs qui se fait généralement aujourd'hui.

Le quinquina jaune est particulièrement riche en quinine, et cet alcaloïde y prédomine de beaucoup sur la cinchonine; les matières tannantes paraissent y être en moindre quantité que dans les autres quinquinas.

Dans le quinquina rouge, les deux alcaloïdes passent pour être assez également partagés; mais les matières tannantes y sont incontestablement en grande proportion, et en outre elles semblent être plus énergiques que dans les autres quinquinas.

Partant de là, n'admettons point comme règle invariable de préparer le vin de quinquina avec le quiquina jaune. En effet, cette préparation, médicalement parlant, agit bien moins par la quinine qu'elle contient que par les autres principes de l'écorce péruvienne, lesquels possèdent et ont à développer dans l'emploi thérapeutique des propriétés toniques, reconstituantes et corroborantes. Ce sont donc ces propriétés qu'il faut surtout avoir en vue, et dans le choix des éléments du vin de quinquina et dans son application au traitement de certains états morbides. D'ailleurs les proportions de quinine, ou de cinchonine, qui entrent dans la composition de ce vin médicamenteux, sont très-minimes, quelle que soit l'espèce d'écorce employée; et dans le vin à base de quinquina jaune lui-même, M. Garot a démontré qu'il n'existe que les deux tiers des alcaloïdes de l'écorce employée, ce qui donne seulement 25 milligrammes pour 50 grammes de vin de quinquina. Il est évident qu'à la dose à laquelle nous fournissons ce vin à l'économie du fébricitant, — 150 à 200 grammes au plus, — la quinine n'est pas en proportion suffisante pour combattre la périodicité des accès. Or, si nous n'avons là qu'un médicamment tonique, très-recommandable assurément malgré son inefficacité antipériodique, non-seulement nous ne devons pas nous croire obligé de nous en tenir pour sa confection au quinquina jaune, mais il serait rationnel de préférer le quinquina rouge, moins antipériodique, moins fébrifuge peut-être, mais plus tonique et plus astringent.

On pourrait donc établir que le vin de quinquina jaune est pré-

férable pour les fébricitants, pour ceux qui sont sous le coup d'une maladie périodique, ou qui, convalescents, sont enclins à une rechute ; tandis que le vin de quinquina rouge resterait mieux adapté à ces divers états de débilité organique qui demandent les corroborants purs, et qui exigent d'eux parfois un certain pouvoir d'astringence pour réprimer les flux qui entretiennent la défaillance des organes et retardent le retour complet des forces. Et si maintenant l'on considère que c'est, plus souvent que toute autre, l'indication de fortifier qui nous sollicite à prescrire le vin de quinquina, on sera amené à reconnaître que, en définitive, le quinquina rouge est l'élément fondamental que nous avons les motifs les plus plausibles de choisir pour cette précieuse préparation. Dans les cas de diarrhée chronique, par exemple, et de leucorrhée, ces flux si difficiles à réprimer en bien des circonstances, le choix du quinquina rouge m'a paru avoir une importance particulière.

Ce serait, en conséquence, cette espèce de quinquina que l'on devrait employer dans la préparation des vins toniques, comme répondant au plus grand nombre des indications.

Revenons maintenant au véhicule qui convient au quinquina dans les vins médicamenteux qui portent son nom.

Nous avons rejeté le vin rouge, et nous avons dit pourquoi. On emploiera à sa place de bon vin blanc généreux, comme le Codex recommande que soit le vin rouge. Le titre de *vins généreux* ne convient, selon l'opinion de M. Le Canu que nous adoptons, qu'à ceux qui contiennent en volume au moins 11 pour 100 d'alcool anhydre. Il est donc nécessaire que le vin blanc employé contienne environ de 11 à 12 pour 100 d'alcool, et à ce titre les bons vins de Graves, de Sauterne, de Chablis, de Barsac, de Cassis doivent être préférés. Mais ce qui vaut mieux encore, ce sont les vins d'Espagne ou de Portugal, plus alcoolisés que les précédents, et entre autres, le malaga, le xérès, le madère, le ténériffe, le carcavellos, lesquels contiennent de 16 à 20 pour 100 d'alcool. Quel que soit le vin dont on fasse choix, il doit être de bonne qualité; car il ne faut pas méconnaître que par lui-même il contribue notablement aux propriétés toniques du médicament que l'on se propose ici d'obtenir.

Le Codex conseille de faire préalablement macérer pendant vingt-quatre heures le quinquina dans une quantité donnée d'alcool. L'alcool s'empare très-bien des principes actifs du quinquina, et les livre au vin, qui peut ensuite en achever la dissolution, mais qui à lui seul ne s'en chargerait pas suffisamment si sa spirituosité n'é-

tait pas élevée ([1]). L'adjonction de l'alcool est donc de rigueur pour obtenir un vin de quinquina énergique, si l'on emploie du vin rouge, ou même l'un des vins blancs de la première catégorie; mais on peut se passer d'alcool si l'on fait usage des vins spiritueux d'Espagne ou de Portugal, qui suffisent à la dissolution de la quantité voulue de principes actifs du quinquina; sans doute en y ajoutant quand même de l'alcool, on obtiendra une dissolution plus complète encore et un produit d'une énergie thérapeutique supérieure; mais en même temps aussi on créerait un vin d'une spirituosité exagérée, susceptible de déterminer l'ivresse ou des effets de stimulation dépassant le but que l'on se propose. Ce ne serait donc que pour remplir des indications exceptionnelles que l'on pourrait songer à confectionner ces vins de quinquina suralcoolisés

On peut préparer extemporanément le vin de quinquina en ajoutant à du vin pur une certaine quantité d'alcoolé de quinquina. Ce mode de préparation est connu sous le nom de *méthode de Parmentier* (alcoolé de quinquina, 60 à 100 grammes, vin, 1,000); il se recommande spécialement pour les cas où, pris au dépourvu, on a besoin d'obtenir immédiatement du vin de quinquina. Mais dans la pratique le vin préparé par macération m'a semblé donner des résultats plus avantageux, et c'est au reste celui auquel on a généralement recours; il doit être en effet d'autant plus actif que le vin, par l'eau et les acides qu'il contient, achève la dissolution des principes d'ont l'alcool n'a pu s'emparer, et qui manquent par conséquent dans l'alcoolé de quinquina.

Si dans bon nombre de circonstances le vin *simple* de quinquina suffit à l'indication, il en est d'autres où l'on a intérêt à y ajouter quelque nouvel élément médicamenteux.

Ainsi je prise beaucoup un mélange à parties égales de vin de quinquina et de vin de gentiane, que j'ai déjà eu occasion de signaler dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et que je donne très-fréquemment dans divers états de langueur et d'anhémie, à la dose de 100 à 150 grammes. C'est le vin de gentiane du Codex qui entre dans ce mélange; sa formule est :

Racine de gentiane......................	30 grammes.
Alcool à 56 degrés......................	60 grammes.
Vin rouge..............	1,000 grammes.

([1]) Plusieurs pharmaciens préfèrent ajouter d'abord l'alcool au vin, et faire macérer ensuite le quinquina dans ce vin alcoolisé; ce procédé paraît meilleur et appelé à prévaloir sur celui indiqué par le Codex (Voir *Journal de pharmacie et de chimie*, août 1863).

Même mode de préparation que pour le vin de quinquina. Mais ici encore je remplace le vin rouge par le vin blanc.

Le vin de quinquina, a-t-il été dit plus haut, n'est qu'un fébrifuge très-imparfait. Pour lui communiquer cette propriété, j'y ajoute souvent une certaine quantité de sulfate de quinine, ordinairement de 20 à 30 centigrammes pour 150 grammes. J'emploie particulièrement le *vin de quinquina quininé* dans les rechutes ou dans les récidives de fièvres intermittentes, lorsqu'il y a lieu de combattre l'anhémie concomitante, tout en cherchant à prévenir le retour des manifestations fébriles. Toutefois, je dois reconnaître que cette addition n'est pas très-rationnelle au point de vue théorique; dès que l'on mélange la solution de sulfate de quinine avec le vin de quinquina, il se forme un précipité blanc grisâtre qui n'est autre que du tannate de quinine. Mais ce précipité, tout récent, se redissout vraisemblablement avec une grande facilité dans l'estomac. Le tannate de quinine d'ailleurs, malgré son état d'indissolubilité hors de nos organes, n'en est pas moins un médicament sérieux et réellement actif; et s'il en est ainsi, c'est que les liquides gastriques le réactionnent de manière à rendre absorbables ses deux éléments. Toujours est-il que l'expérience est favorable à l'emploi de ce vin de quinquina quininé; je l'ai souvent vu prémunir mieux que toute autre préparation de quinquina, contre les récidives ou les rechutes de fièvre intermittentes. Il faut pour cela le donner avec suite, c'est-à-dire tous les jours et pendant un certain temps, sans avoir égard au type de la fièvre, ou tout au plus en forçant légèrement la dose de quinine les jours d'accès.

Des vins encore plus composés que les deux précédents, en répondant à des indications complexes, peuvent aussi avoir leur utilité. Citons comme exemple cette excellente formule, donnée par MM. N. E. Henry et Guibourt dans leur Pharmacopée :

Œnolé de quinquina et de gentiane composé (Vin fébrifuge).

Quinquina jaune concassé......	6 gros ou	24 grammes.
Racine de gentiane incisée....	4 gros ou	16 grammes.
Ecorces d'oranges amères.....	4 gros ou	16 grammes.
Fleurs de camomille..........	4 gros ou	16 grammes.
Vin d'Espagne..............	2 livres ou	1,000 grammes.

Faites macérer pendant quinze jours ; passez, exprimez et filtrez.

MM. Henry et Guibourt recommandent l'emploi de ce vin, et il est très-utile en effet, sinon précisément pour couper la fièvre, du moins pour en prévenir les retours, pour soutenir l'action de la quinine, pour combattre l'état anhémique et les perversions des

fonctions digestives qui accompagnent ou suivent si souvent les fièvres d'accès, surtout d'origine paludéenne.

C'est le cas de rappeler ici une formule qui a été signalée dans notre récent ouvrage (*Traité de la dysentérie* au *formulaire anti-dysentérique*), et qui se recommande d'autant mieux qu'elle fournit réellement l'un des meilleurs fortifiants que l'on puisse employer; c'est même, à l'occasion, un stimulant assez énergique :

Vin tonique (Delioux).

Ecorce de quinquina (jaune ou rouge) concassée ou grossièrement pulvérisée.....	40 grammes.
Racine de gentiane finement incisée.......	20 grammes.
Ecorce de cannelle concassée............	10 grammes.
Vin de Ténériffe......................	1,000 grammes.

Laissez macérer pendant huit jours; exprimez, filtrez.

On nous vante beaucoup aujourd'hui les vins de quinquina *titrés*, c'est-à-dire préparés de telle façon que les principes actifs du quinquina y sont, assure-t-on, rigoureusement dosés. On ne saurait contester les avantages relatifs d'une telle précision scientifique; mais il ne faut pas contester, non plus, les résultats très-satisfaisants obtenus, dans la pratique courante, du simple usage de préparations basées sur des données empiriques, telles que celles qui ont été citées dans cet article. Celles-ci ont d'ailleurs le mérite d'une exécution prompte et facile, ce qui, joint à leurs bons effets, je le répète, et à l'infériorité de leur prix de revient, maintiendra la généralisation de leur emploi.

Enfin on a tenté d'adjoindre au quinquina, dans de nouveaux œnolés composés, certains principes médicamenteux, tels que le fer et l'iode, soit pour renforcer l'action du quinquina, soit pour combiner deux actions thérapeutiques. C'est ainsi, par exemple, que M. Ossian Henry a préconisé récemment un *vin de quinquina ferrugineux* et un *vin de quinquina iodé*, dont l'emploi n'est pas encore assez répandu pour que l'on puisse se prononcer à leur égard. D'un autre côté, le mode de préparation de ces médicaments nouveaux ne semble être qu'à demi révélé. J'apprends seulement (¹) que c'est à l'aide de la diastase que M. O. Henry réussit à maintenir en présence le fer et le quinquina, substances incompatibles dans les conditions habituelles, sans que l'un réagisse sur l'autre. Quelques expériences que je viens de tenter sont loin de m'avoir édifié à cet égard; tous les persels de fer ont été précipités dans l'al-

(¹) Voir l'*Union médicale* du 16 juin 1863.

cool et dans l'œnolé de quinquina, malgré l'intervention de la diastase; la réaction a été moindre avec les protosels, presque nulle même dans certains cas, ce qui me porte à penser que c'est l'un de ceux-ci que l'on sera parvenu à incorporer, à l'aide de la diastase, aux dissolutions vineuses du quinquina. Je serais, du reste favorable en principe à l'emploi d'un vin de quinquina ferrugineux; mais il faudrait au préalable être complétement renseigné sur son mode de préparation et sur sa véritable composition.

Quant au vin de quinquina iodé, je n'en comprends pas autant l'utilité; le quinquina et l'iode n'ont pas des propriétés physiologiques et thérapeutiques similaires; très-énergiques tous les deux, chacun dans son genre, ils ne remplissent pas les mêmes indications; et quoique l'un et l'autre puissent être parfois employés dans la même maladie, sur le même malade, il convient généralement, à mon avis du moins, de les employer séparément, à des périodes différentes, afin de faire valoir et de distinguer leur action respective. Au surplus, c'est encore là une formule à étudier dans l'application; je ne demande pas mieux que l'expérimentation clinique lui soit propice.

V. Delioux de Savignac.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des avantages du tartre stibié comme agent provocateur des contractions utérines.

Un des traits qui caractérisent de la manière la plus tranchée notre génération médicale actuelle, et cela malgré les incitations renouvelées du *Bulletin général de Thérapeutique*, est son peu d'ardeur pour les études de matière médicale. Dès que l'art est mis en possession d'un moyen de remplir une indication, tout semble dit sur la question pratique; les tentatives ultérieures faites pour ajouter aux ressources connues demeurent inutiles. Ainsi, depuis qu'une expérimentation clinique régulière a mis hors de doute la valeur de l'ergot de seigle, employé pendant des siècles par certaines matrones pour provoquer l'accouchement, on s'est contenté de cet enseignement.

Ces mêmes expériences cliniques ont eu beau démontrer les dangers de cette action qui, à cause de la nature tétanique des contractions qu'elle détermine, s'oppose à l'hématose de l'enfant et compromet son existence : rien n'a fait.

A cette contre-indication de l'emploi du seigle ergoté tirée du

mode d'action du médicament sur l'utérus gravide, est venu s'ajouter ensuite l'altération fréquente de ce produit. Pour que l'agent médicamenteux jouisse de toute sa puissance obstétricale, bien des conditions sont réclamées. Si l'année a été pluvieuse, ou que l'ergot ait été récolté par un temps humide, il n'a pas d'action. Lorsqu'il est conservé trop longtemps, ou dans des vases clos, il s'altère.

On le voit donc, bien des causes se réunissent pour priver l'ergot de sa propriété spéciale ; puis, quand celle-ci se manifeste intégralement, elle est parfois trop énergique.

Il y a donc lieu d'accueillir avec intérêt tous les essais qui ont pour but de doter la pratique des accouchements d'un agent médicamenteux moins altérable, et dont l'action serait tout aussi prompte, tout aussi sûre, et en même temps moins dangereuse. Cet agent nous le possédons ; il n'est autre que le *tartre stibié.*

Un savant médecin de New-York, M. Parker, vient d'appeler l'attention sur cette action peu connue du sel d'antimoine comme moyen de provoquer les contractions utérines. Quoique je n'aie pas sous les yeux le mémoire original du confrère américain, et que j'en connaisse seulement les conclusions publiées par les journaux français, celles-ci suffiront au but que je me propose, celui de ne pas laisser passer inaperçu cet enseignement précieux pour la pratique obstétricale.

M. Parker, s'appuyant sur une expérience de seize années, et sur un grand nombre de faits, établit les propositions suivantes :

1° Le tartre stibié relâche les muscles tant volontaires qu'involontaires qui offrent de la résistance aux douleurs ; en d'autres termes, il détruit la rigidité du col de la matrice et celle du périnée ;

2° Il augmente la sécrétion muqueuse du vagin, lubrifie sa surface, et facilite ainsi l'accouchement ;

3° Il augmente la force contractile des fibres longitudinales et transverses ;

4° Il ne provoque pas, comme le seigle ergoté, des contractions tétaniques, mais renforce les douleurs régulières.

Une expérience déjà longue me permet d'ajouter mon témoignage à celui du savant médecin de New-York ; et ce qui n'aura pas une moindre valeur aux yeux de nos confrères français, c'est que cette médication m'a fourni d'aussi beaux et d'aussi prompts succès depuis que je pratique à Paris qu'alors que j'exerçais à la Nouvelle-Orléans.

Un témoignage, quelque modeste que soit la position du médecin qui le fournit, n'est jamais sans valeur lorsqu'il repose sur une

observation attentive des faits. Mais là n'est pas seulement le but de la communication que je vous adresse. M. Parker, dans son travail, parle seulement de la provocation de l'acconchement; or, c'est surtout sur l'action du tartre stibié dans les cas d'hémorrhagies utérines que je désire appeler l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

L'administration du seigle ergoté après l'acconchement ne présente plus, il est vrai, les dangers qu'on a signalés avant la naissance de l'enfant; mais on n'a pas toujours ce médicament sous la main, et celui qu'on vous livre est souvent inerte. Or, dans les cas d'hémorrhagie puerpérale, il importe au praticien de ne pas être désarmé, car c'est ici le cas de rappeler le mot de Franklin : *Le temps est l'étoffe dont la vie est faite*. Si l'art n'arrive à réveiller promptement les contractions utérines, la perte du sang persiste, et la femme peut succomber.

Nous possédons, je le sais, plusieurs moyens mécaniques : la compression de l'aorte, les malaxations de l'utérus soit directes, la main étant introduite dans la cavité de l'organe, soit indirectes lorsqu'elles sont pratiquées à travers les parois abdominales ; mais aucune ressource ne vaut à mes yeux l'action du tartre stibié.

Une cuillerée à café d'une solution de 10 centigrammes d'émétique dans 120 grammes d'eau, administrée de dix en dix minutes, suffit pour provoquer quelques nausées et amener aussitôt la contraction de l'utérus, et partant la prompte cessation de l'écoulement sanguin.

Cette action remarquable du tartre stibié ne paraît pas être seulement le résultat de l'action physiologique du sel d'antimoine, car il y a quelques années déjà, ce journal (*Bulletin de Thérapeutique*, t. L, p. 324) a enregistré des faits recueillis par un médecin irlandais, M. Young, qui témoignaient que l'émétique administré en lavements jouissait de la propriété d'activer les douleurs de l'accouchement. Toutefois, nous ne doutons pas que l'administration du médicament par la bouche aura toujours une puissance et plus sûre et plus prompte, puisqu'il imprimera à l'économie de la femme la double action physiologique et dynamique qui résulte de ce mode d'administration de l'agent médicamenteux.

Docteur H. E. Gantillon.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel complet de médecine légale, ou résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière, et des jugements et arrêtés les plus récents, etc., par M. J. Briand, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et M. Ernest Chaudé, docteur en droit, avocat à la Cour impériale de Paris, et contenant un *Traité élémentaire de chimie légale*, par M. H. Gaultier de Claubry, docteur ès sciences, professeur de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie, etc.

Quand on considère l'étendue et la complexité des questions qui tous les jours se posent en médecine légale et appellent une solution précise, on ne peut s'empêcher de craindre que beaucoup d'entre nous, si désireux qu'ils soient d'éclairer la justice dans ses appréciations des faits, ne soient, dans un certain nombre de cas, au-dessous de la mission qui peut tout à coup leur être imposée. Si complexe et si délicate que soit cette science, à l'entendre seulement dans le sens de son enseignement positif, elle est encore bien loin elle-même d'être en mesure, à l'heure qu'il est, de donner une solution décisive à une foule de questions qui naissent tous les jours de faits imprévus, ou de combinaisons de circonstances fortuites au milieu desquelles tend à s'évanouir, à se perdre la vérité. Lisez seulement les deux monographies de M. le professeur Tardieu sur les attentats aux mœurs et sur l'avortement : combien de faits là partout, jusqu'ici inobservés, qui échappent aux cadres officiels de la médecine légale, et qui n'ont apparu qu'à la lumière d'une fine et délicate analyse ! En parlant de l'ouvrage de Casper ici même, il y a quelque temps, nous signalions une lacune dans la médecine légale française, l'absence d'une sorte de clinique relative à cette médecine, qui ferait donner tout son fruit à un enseignement didactique dont la supériorité n'est contestée par personne. Cette clinique se fera cependant, elle se fait tous les jours, bien que lentement, car elle est dans la nature des choses, car elle n'est que l'observation faisant invasion dans un ordre de faits perdus dans l'ombre d'une foule de préjugés ou de traditions, sans autre raison d'être que la consécration du temps. Quand cette étude aura été complète, combien s'élargiront encore les cadres de la médecine légale, et combien plus difficilement encore cette science de surérogation pourra-t-elle être considérée comme une collatérale nécessaire de la médecine proprement dite ! La conclusion pratique de ceci, c'est la nécessité, dans l'avenir, d'une sorte de protomédicat auquel ressortirait, entre au-

tres attributions, la médecine légale dans l'universalité réelle des faits de sa compétence.

En attendant la réalisation de ce rêve, que plus d'un préjugé en haut comme en bas tend à éterniser, il faut cependant, dans la mesure du possible, faire l'œuvre de la science et éclairer la société dans l'application des lois qui la protégent contre les mauvaises inspirations des natures perverses. Bien des livres ont été écrits pour aider les médecins à atteindre ce but : parmi ces livres, il en est de très-savants, de plus savants que celui-ci ; mais nous ne savons s'il en est beaucoup qui, aussi dégagés de toute spéculation, et aussi affranchis de minuties, qui ne sont que l'analyse sans portée des petits esprits, soient un guide plus sûr que l'ouvrage dont nous parlons en ce moment, pour diriger le médecin dans l'appréciation des faits qui sont du ressort de la médecine légale. Il n'est pas besoin de retracer ici le plan suivant lequel est conçu un ouvrage parvenu aujourd'hui à sa septième édition : évidemment, ce plan est bon; puisque ce livre est dans les mains de la plupart des médecins, c'est que leur expérience leur a appris qu'ils pouvaient trouver dans ce vaste cadre les enseignements propres à les guider dans les expertises les plus délicates. Aussi bien, au lieu d'esquisser une table des matières, que, dans l'espace dont nous pouvons disposer, nous ne pourrions même pas faire complète, nous nous contenterons d'indiquer d'un trait rapide ce qui fait l'originalité du livre de MM. Briand, Chaudé et Gaultier de Claubry, et lui a valu la fortune rare d'une popularisation qui se traduit par une réimpression sept fois répétée.

J'admire toujours certains légistes, ou jurisconsultes improvisés, qui nous parlent le langage du palais le plus pur, et affectent même, dans le choix des expressions dont ils revêtent leurs pensées, une certaine technologie empreinte de la chaude couleur locale : mais quant à croire à l'absolue compétence de ces messieurs, nenni. J'aime mieux, sur ce point, je le dis tout net, les enseignements de M. Chaudé qui, élevé dans le sérail, en connaît les détours ; et connaît aussi bien l'esprit de la loi qui régit une matière que la jurisprudence qui en montre les applications. Dans notre humble opinion, l'esprit judicieux de cet habile jurisconsulte imprime au livre du docteur Briand un cachet d'appréciation juridique sérieux, qu'on ne trouve pas toujours dans l'œuvre de quelques médecins légistes plus hardiment encyclopédistes. Il en est de même du contingent de la chimie à cette branche spéciale de la science ; j'aime mieux qu'il me vienne d'un chimiste exercé, comme M. Gaultier

de Claubry, que d'un oculiste, ou d'un hydrothérapeute. C'est une chose étrange; plus l'homme sait, et plus s'étend l'horizon de ses ignorances. Ainsi, le chimiste habile que nous venons de citer s'est servi plus d'une fois du microscope; il sait, d'un autre côté, les enseignements lumineux qu'on peut trouver dans la science pour résoudre une foule de questions qui se posent tous les jours en médecine légale : cette conscience du pouvoir de la science qu'il cultive depuis si longtemps avec tant d'éclat, ne l'empêche pas néanmoins de bien se garder de croire sa science infaillible, ou lui encore moins infaillible que la science. Dans cette honnête défiance de soi-même, le savant académicien, l'habile professeur de toxicologie n'a point balancé à faire appel à la science consommée de M. le professeur Robin, notre éminent micrographe, pour résoudre certaines questions sur lesquelles la chimie proprement dite laisse planer quelques incertitudes. C'est ainsi que le savant collaborateur de MM. Briand et Chaudé reproduit, dans l'ouvrage que nous examinons, les enseignements qu'a fournis à l'éminent professeur d'histologie de la Faculté de médecine de Paris l'investigation microscopique sur le sang humain, soit qu'il s'agisse de l'étudier dans sa forme propre, soit qu'il s'agisse de le distinguer, même après un long temps, du sang de certains animaux, sur le sperme, et, dans un autre ordre de recherches, sur divers mélanges frauduleux dans un certain nombre de sophistications lucratives. Pour montrer en quelques mots la portée de ces applications du microscope dans la solution d'un certain nombre de questions de médecine légale, qu'il nous suffise de signaler ce qu'ont d'originale précision ces recherches, en ce qui touche aux expertises en matière d'attentat aux mœurs. Non-seulement, dans ces cas, le microscope peut démontrer la présence du liquide séminal là où il peut révéler le crime peu de temps après la perpétration de l'acte incriminé; mais un temps plus ou moins long après que celui-ci a été commis, et que les spermatozoïdes ont été plus ou moins déformés, soit par le frottement accidentel des tissus sur lesquels ils ont été déposés, soit par le raclage même de ces tissus pour arriver à saisir le corps du délit. Dans ces cas de déformation, les débris des microzaires conservent une forme caractéristique qui trahit leur nature. Nous aurions bien d'autres remarques à faire à l'endroit de cette partie si intéressante du *Manuel de médecine légale*. Nous nous arrêterons toutefois ici : rien que cette indication, si sommaire qu'elle soit, suffit à montrer que les auteurs n'ont rien négligé pour mettre cette septième édition de leur livre à la hauteur de la science la plus avancée.

Il y a encore, dans l'ouvrage de MM. Briand, Chaudé et Gaultier de Claubry, une partie qui, bien que non nécessairement comprise dans le cadre d'un traité de médecine légale, s'y place cependant quelquefois, parce qu'on ne voit pas bien où on la placerait plus convenablement ailleurs; c'est l'ensemble des règlements qui régissent la médecine et la pharmacie. Pour nous, nous ne nous sentons pas le courage de chicaner nos savants auteurs sur cet intéressant hors-d'œuvre, ou hors de cadre; nous leur savons gré, au contraire, de cette très-utile digression. Nous appellerons surtout l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, quant aux enseignements nombreux qui sont accumulés dans ce dernier livre du *Manuel complet de médecine légale*, sur les commentaires relatifs aux lois ou règlements de police qui s'appliquent à l'exercice illégal de la médecine. Aujourd'hui que, grâce à l'impulsion d'hommes honnêtes, et dont la grande famille médicale n'oubliera jamais les noms, aujourd'hui, répétons-nous, que, grâce à cette impulsion, la solidarité d'honneur et d'intérêts n'est plus un vain mot parmi nous, il est bon que tous sachent leurs droits, et n'ignorent pas davantage les lois de la jurisprudence qui les protégent, en même temps qu'elles protégent la société elle-même contre les mensonges et les roueries du charlatanisme. Il y a là des enseignements précieux qui sont appelés, lorsqu'ils seront devenus des notions courantes dans le monde médical, à exercer une influence favorable sur l'esprit de corps qui tend à s'éteindre parmi nous et qu'il est bon de raviver, parce qu'il est comme notre drapeau : ce drapeau-là, tenons-le d'une main ferme, mais que le mot intérêt n'y vienne qu'en troisième ligne, et après ces deux grands mots, dans lesquels on pourrait montrer toute une religion, la religion du médecin surtout, honneur et pitié.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Terminaison rapide par un érysipèle intercurrent et circonscrit d'une chorée très-intense qui avait résisté a un grand nombre de médications : tartre stibié, opium, arséniate de soude, oxalate de cerium, gymnastique, bains sulfureux, etc. — Nous avons bien souvent, à cette place, appelé l'attention sur l'action favorable qu'une affection aiguë intercurrente peut exercer sur la marche et la terminaison d'une maladie préexistante. Tout récemment nous citions encore un exemple d'autant plus remarquable de

cette influence médicatrice, comme on l'appelle, qu'elle s'était manifestée dans le cours d'une maladie excessivement grave et habituellement mortelle (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXV, p. 372). Quoique très-significatif, ce cas, nous l'avouons, est un peu exceptionnel ; mais il est une affection dans laquelle cette influence se montre avec une évidence telle qu'il n'est pas possible de la révoquer en doute, c'est la *chorée*. Bien que la science possède des faits nombreux qui établissent incontestablement cette vérité nosologique, nous pensons qu'on ne les saurait trop multiplier, d'abord afin de hâter quelques convictions attardées, ensuite et surtout pour rendre plus accessible aux essais thérapeutiques une voie que, pour notre compte, nous ne croyons pas impraticable. — A ces divers points de vue, le fait suivant, emprunté à la pratique nosocomiale de M. H. Roger, ne paraîtra certainement dépourvu ni d'intérêt ni d'importance.

Obs. Hélène M***, âgée de six ans et demi, entrait, le 11 avril 1863, salle Sainte-Geneviève, n° 3, service de M. H. Roger, pour une chorée généralisée et très-intense. — Elle a déjà été atteinte de cette maladie, il y a un an, et a été traitée successivement par le tartre stibié, l'arséniate de soude, les bains sulfureux et la gymnastique ; la guérison était complète au bout de trois mois. Aujourd'hui l'affection s'est reproduite avec une intensité plus grande que la première fois : la petite malade ne peut se tenir debout, encore moins marcher, tellement sont désordonnés les mouvements involontaires auxquels elle est en proie ; la parole est également impossible, et l'intelligence très-affaiblie. Point de complication, du reste, ni d'état fébrile.

Soumise d'abord au traitement par l'arséniate de soude (1 milligramme par jour avec augmentation progressive jusqu'à 6 milligrammes), elle n'éprouve aucune amélioration notable. On essaye alors l'électrisation généralisée, laquelle, régulièrement pratiquée du 4 au 22 mai, n'amène aucun changement dans l'état de la malade.

Le 26 mai, on donne l'oxalate de cerium, $0^{gr},05$ par jour ; deux jours après, la dose en est portée à $0^{gr},10$.

Le 30 mai, il n'y a de modifications ni thérapeutique ni physiologique appréciables, $0^{gr},15$.

Le 4 juin, l'oxalate de cerium est prescrit à la dose de $0^{gr},20$ par jour, jusqu'au 11 juin ; il est supprimé à cette époque, aucun effet n'étant produit.

Le 16 juin, les choses étant toujours dans le même état, on com-

mence une première série de tartre stibié à $0^{gr},10$. Vomissements, diarrhée, dépression.

Le 20, pas d'amélioration ; grand affaiblissement. Vin de quinquina, friction de benjoin.

Le 23. Potion avec extrait thébaïque, $0^{gr},05$, porté successivement jusqu'à $0^{gr},20$, sans autre avantage qu'une très-légère sédation dans l'intensité des mouvements choréiques ; mais la malade est d'une extrême faiblesse et ne tolère plus l'opium, ainsi qu'en témoignent des vomissements qui surviennent.

Le 5 juillet, on prescrit : fer réduit $0^{gr},05$, bains sulfureux, massage.

Continué jusqu'au 10 août, ce traitement n'est pas plus heureux que les précédents. Les bains sulfureux sont remplacés par les bains au sulfate de fer.

Les jours suivants il se manifeste un mouvement fébrile, qui ne trouve pas d'autre explication qu'un peu d'embarras gastrique concomitant ; mais quarante-huit heures de cette fièvre ont suffi pour amener une diminution remarquable dans la musculation involontaire : c'est au point que l'enfant peut se tenir sur ses jambes et porter un verre à sa bouche. Toutefois, elle demeure encore affaiblie, apathique et un peu somnolente. Sirop de quinquina.

Le 24 août la fièvre a disparu, l'amélioration progresse.

Le 10 septembre, l'on constate de nouveau de la fièvre (pouls à 108) ; un érysipèle commençant se montre autour de la narine gauche, comme s'il émanait de l'intérieur de celle-ci. L'enfant est un peu abattue ; les mouvements choréiques s'apaisent de plus en plus ; affusions d'eau de sureau.

Le 13 septembre, l'érysipèle, limité au nez, est sur son déclin ; il n'y a presque plus de mouvements désordonnés.

Le 20 septembre, l'enfant mange seule et marche très-bien, elle ne présente plus que des traces insensibles de sa maladie. Elle sort de l'hôpital le 21 septembre.

L'intensité de la maladie, l'état de récidive, l'essai successif et infructueux de la plupart des médications les plus accréditées, ne confèrent-ils pas au fait qui précède une signification toute particulière relativement à l'action efficace d'une maladie fébrile intercurrente ? Cette action, il est vrai, s'est manifestée vers la période du decursus naturel de la maladie primitive : c'est ainsi, d'ailleurs, que se passent habituellement les choses ; M. Sée et M. H. Roger l'ont fait très-judicieusement remarquer ; mais qu'importe, pourvu qu'elle se manifeste et qu'elle coïncide avec une modification immé-

diate et progressive des phénomènes morbides jusqu'alors persistants! Encore une fois, n'y a-t-il pas possibilité pour la thérapeutique de bénéficier de cet enseignement fourni par la nature? Peut-être essayerons-nous de répondre un jour à cette question.

Hernie ombilicale congénitale irréductible par suite d'adhérence de l'intestin avec l'anneau; débridements; guérison. — Lorsqu'on aborde l'étude d'une lésion au point de vue didactique, on éprouve peu de peine à trancher les diverses difficultés qui se présentent; il est loin d'en être ainsi dans la pratique. Ici certains détails échappent presque toujours et laissent alors des doutes sur la nature de la maladie. Ainsi, dans le mémoire que nous avons publié sur la hernie ombilicale congénitale, nous avons distingué deux espèces bien tranchées; celles qui sont le résultat d'un arrêt de développement et appartiennent à la période embryonnaire, puis les hernies de la période fœtale et qui sont la conséquence de la protrusion d'une anse intestinale, comme dans les lésions qui surviennent après la naissance. Lorsqu'on est appelé à opérer une de ces hernies, il n'est pas toujours facile de dire à laquelle des deux espèces l'on a eu affaire. M. le docteur Désormeaux en fournit une preuve nouvelle, en nous adressant l'observation suivante.

Obs. « Dans le courant de février de l'année dernière, on m'apporte à la consultation de l'hôpital Necker un enfant du sexe masculin, fort et bien constitué, né le matin même à Asnières. La sage-femme qui l'accompagne raconte qu'au moment de la naissance, elle avait été frappée du volume de la base du cordon, et que, pensant qu'il s'y trouvait une anse d'intestin, elle avait fait la ligature très-loin de l'abdomen. Mais, au moment où la ligature venait d'être serrée, l'enveloppe du cordon s'était déchirée au niveau de la tumeur et avait laissé l'intestin à nu.

« La sage-femme alors avait fait appeler M. le docteur Massart, de Clichy-la-Garenne, qui, trouvant l'intestin intimement adhérent à l'ouverture qui lui donnait passage, ne voulut pas se charger de l'opération et m'envoya l'enfant, que je trouvai dans l'état suivant :

« Le cordon ombilical, de grosseur ordinaire, portait une ligature à 8 centimètres environ de l'anneau cutané. Cet anneau se trouvait au niveau de la peau, de sorte qu'il n'y avait pas de gaîne cutanée. La base du cordon, largement déchirée du côté droit, laissait voir l'intérieur d'une cavité ou sac, dont la surface interne était lisse et semblait tapissée d'une séreuse. Cette cavité, creusée dans

la gélatine de Wharton, contenait une portion d'intestin, du volume d'une grosse cerise, gorgée de sang et couleur lie de vin.

« Lorsque je voulus faire la réduction, la tumeur rentra dans l'abdomen, en produisant un gargouillement, mais elle ressortit aussitôt en me donnant une sensation que je ne puis comparer qu'à celle d'une balle creuse de caoutchouc dont on a renversé une des moitiés dans son intérieur et qui reprend sa forme en suivant le doigt qui l'abandonne. En examinant de plus près, je vis que la circonférence de l'intestin restait adhérente au bord circulaire de la peau et l'entraînait dans la cavité abdominale, tandis que l'anse s'invaginait, pour ainsi dire, comme un doigt de gant qu'on retourne. Après cet examen, je pris le parti de détruire les adhérences afin de pouvoir réduire l'intestin et faire la suture des bords de la peau. La destruction des adhérences fut assez difficile ; il fallut diviser, à l'aide des ciseaux, la membrane séreuse qui, de l'intestin, se portait à la face interne du sac ; ensuite les adhérences celluleuses furent détruites à l'aide des doigts et des ongles ; dans quelques points seulement, il fallut employer l'instrument tranchant.

« Il s'était à peine écoulé quelques gouttes de sang, et, après avoir réduit l'intestin, je rapprochai les deux côtés de l'anneau qui me parurent suffisamment avivés et je les maintins en contact au moyen de trois points de suture entortillée, deux au-dessus et un au-dessous du cordon qui était adhérent au bord gauche de l'anneau et ne pouvait être amené dans un de ses angles.

« Tout se passa bien ; la réunion immédiate se fit dans toute la longueur de la plaie, excepté dans le point correspondant au cordon, où il y eut un peu de suppuration. Au cinquième jour la plaie paraissait complétement guérie, le cordon desséché était en train de se détacher, l'enfant tetait bien et faisait bien toutes ses fonctions ; j'enlevai les points de suture. Le lendemain l'enfant fut emporté en nourrice.

« Dans le courant de l'hiver, j'ai été appelé dans le pays et j'y rencontrai la sage-femme, qui m'a appris que l'enfant allait toujours bien. »

A laquelle des deux espèces de hernies M. Désormeaux a-t-il eu affaire ? Notre confrère penche pour une hernie de la période embryonnaire ; nous sommes porté à partager cette opinion, à cause de l'étendue des adhérences. En publiant ce fait, notre but est surtout de prouver l'utilité de l'intervention de l'art et de donner une preuve nouvelle qu'on ne doit pas hésiter dans ces cas à détruire les adhérences, puis à débrider l'anneau, si besoin est, et à réduire l'intestin.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi de l'acide hydrocyanique dans la manie. Un aliéniste distingué, le docteur Mac-Leod, conduit à ses recherches par l'emploi qui a été fait de l'eau de laurier-cerise et d'autres composés cyaniques dans la manie, et soupçonnant sans doute que leur inconstance provenait de leur mode de préparation, a expérimenté l'acide prussique même dans cette forme fréquente de l'aliénation mentale, et ses tentatives ont été couronnées de succès. Quand les aliénistes proclament qu'il n'y a pas de traitement thérapeutique des maladies mentales et préconisent le travail manuel, productif, comme en étant la panacée par excellence, il est opportun de répondre à ces allégations par des preuves contraires. M. Brierre de Boismont, dont la parole autorisée ne saurait être suspecte de partialité en pareille matière, a déjà fait ses réserves, ses protestations contre ces assertions imprudentes, et il serait opportun que tous ceux qui pensent de même en fissent autant. C'est à ce titre que nous donnons l'analyse du mémoire de M. Mac-Leod.

Sur 40 cas dont se composent ces expériences, il y en avait 13 de manie aiguë et 4 de manie chronique, dont 2 avec paroxysmes aigus; 2 de manie menstruelle, 2 de manie puerpérale et 1 de manie intermittente; 4 de nature épileptiforme, dont 2 avec anomalies menstruelles; 2 avec hémiplégie; 5 avec paralysie générale, 1 avec hydrocéphalie chronique. En tout, 34 cas de manie et 6 cas de mélancolie aiguë ou chronique avec surexcitation. 8 observations détaillées de ces différents cas permettent d'en apprécier le caractère et la gravité.

La préparation choisie a été constamment l'acide de Scheele dilué, dont la dose a varié de 2 à 6 gouttes, soit en solution aqueuse à l'intérieur, soit additionnée de 30 gouttes d'eau en injections sous-cutanées au moyen de la seringue de Wood. Au delà de cette dose, des accidents peuvent survenir, et il est prudent de s'en tenir à 5 gouttes. Si l'effet ne se manifeste pas rapidement, on peut répéter la dose, et s'il se dissipe, comme il arrive parfois, dans l'espace d'une heure, et que la surexcitation reparaisse, une seconde dose en assure l'apaisement. L'intervalle de ces doses répétées doit varier selon la nature et l'exigence des cas : de 5 à 15 minutes, tant que l'effet ne s'est pas produit; il peut être de 1 à 2 heures quand il s'agit de l'entretenir, le renouveler, et être ainsi laissé à la discrétion d'une garde-malade intelligente.

Or, en se mettant en garde contre le cours naturel de la maladie et de ses effets étiologiques aussi bien que ceux du régime, de l'hygiène, du traitement moral et d'autres causes pouvant agir simultanément avec le remède employé, l'action de celui-ci a été manifeste dans chaque cas. Psychique, et consistant surtout dans la cessation soudaine ou graduelle de la surexcitation, avec ou sans sommeil, elle n'a jamais manqué, tout en variant d'intensité, de durée, selon les cas. Ainsi, elle a été plus lente, plus légère dans la manie et la mélancolie intense et chronique, avec lésions organiques, que dans le cas contraire, où elle était immédiate et soutenue. Elle était également instantanée dans les violents accès de manie épileptiforme, menstruelle, et dans les paroxysmes aigus de la mélancolie.

L'effet est immédiat quand, par exemple, un malade criant, babillant, dansant, jurant, tempêtant, etc., etc., devient doux et tranquille, s'assied, et tombe même parfois dans un profond sommeil après une à cinq minutes de l'administration du remède; graduel, quand les paroxysmes sont diminués, éloignés, prévenus, et que le malade devient plus raisonnable, sociable et docile. Ces manifestations psychiques, arrivées à un degré appréciable pour tout le monde, et reconnues par les malades eux-mêmes, sont indépendantes de tout phénomène physique. Deux fois seulement le pouls est devenu plus lent, plus faible, et une fois légèrement irrégulier, ce qui tient peut-être à la difficulté de bien l'observer en pareil cas. La dose ayant été dépassée dans 2 autres cas, produisit du coma avec adynamie, écume aux lèvres, embarras de la respiration et du pouls, comme avant un accès d'épilepsie. De légers vertiges, des nausées et une constriction spéciale à la gorge, avec incapacité involontaire de

se mouvoir, ont été éprouvés aussi dans d'autres cas, quelques minutes après l'ingestion du médicament.

Dans les 40 cas dont il s'agit, l'effet du médicament a été léger, temporaire 10 fois, c'est-à-dire qu'une amélioration passagère s'en est suivie, sans manifestation sur la cause du mal. Les malades cessant d'être aussi violents, inquiets, bruyants, excités, destructeurs, devenaient plus traitables, et beaucoup mieux disposés à un traitement moral et diététique. Ce résultat a été observé dans une manie puerpérale où la dose du remède avait été insuffisante, et dans 2 cas de manie aiguë et de mélancolie, où son usage n'a pas été suivi. Dans 3 manies aiguës, et 1 manie puerpérale, l'intensité du mal l'a promptement rendu fatal, et, dans 2 manies récentes, l'effet, quoique réel, a été complété par d'autres moyens et la guérison obtenue.

19 fois l'action a été plus prononcée et permanente, quoique la maladie soit restée stationnaire ou ait progressé. Tels sont les 5 cas de paralysie générale, 5 manies chroniques et 3 mélancolies, dont les paroxysmes aigus ont été dissipés par ce moyen. De même dans un cas de démence avec surexcitation excessive et 4 épilepsies, dont 2 avec accès très-prolongés sous l'influence de la menstruation, 1 manie hystérique et 1 manie puerpérale dans laquelle la tranquillité et le sommeil furent obtenus alors que plusieurs autres moyens avaient échoué, et 2 autres manies avec hémiplégie et hydrocéphalie.

Ce médicament a, au contraire, été un facteur très-important dans la guérison rapide de 8 cas, dont 6 de manie aiguë et 2 de mélancolie. Il a donc des avantages incontestables par la rapidité, la certitude et la simplicité de ses effets calmants et hypnotiques, sa facilité d'emploi et l'absence d'accidents consécutifs. L'usage en est indiqué dans tous les cas d'aliénation mentale avec surexcitation, comme un antagoniste de ce phénomène pathologique, sans gêner en rien l'emploi simultané d'autres moyens curatifs appropriés. Il est ainsi supérieur aux bains, aux douches, aux opiacés et aux émissions sanguines, qu'il est destiné à remplacer efficacement. (*Union méd.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier.)

Curabilité de l'atrophie musculaire progressive. Selon le professeur Remak, l'atrophie musculaire progressive, caractérisée par des secousses fibrillaires, n'est pas une maladie des muscles, mais bien une affection des centres nerveux, particulièrement de la région cervicale de la moelle et quelquefois aussi des ganglions du sympathique.

A son début, la maladie paraît être de nature inflammatoire et nécessite l'emploi de sangsues à la nuque, lors même que cette région n'est le siége d'aucune douleur.

Quand on ne peut pas employer le courant constant, les douches chaudes sur la nuque sont à recommander, comme réveillant l'excitabilité des cellules ganglionnaires centrales.

Il faut absolument rejeter l'emploi du courant induit. Dans des conditions favorables, le courant constant peut amener la guérison dans l'espace d'une année.

Même dans les cas invétérés où l'atrophie des cellules ganglionnaires centrales et, par suite, celle des muscles existe déjà, les progrès de la maladie ne peuvent être arrêtés que par l'emploi du courant constant appliqué sur la moelle épinière, particulièrement sur sa portion cervicale et sur les ganglions sympathiques.

La marche irrégulière de l'atrophie progressive, et surtout cette circonstance qu'elle ne suit pas les divisions d'un nerf, mais qu'elle affecte en même temps des muscles dépendant de divers troncs nerveux (ce qui a conduit à placer dans les muscles le siége de la maladie), s'explique parce que la maladie part des organes centraux, et que les cellules ganglionnaires de ces centres, desquelles dépend l'état atrophique des muscles, ont une autre disposition que les fibres qui partent de ces cellules pour se rendre dans les cordons nerveux.

La disparition de l'excitabilité électrique dans les muscles atrophiés n'est pas toujours un signe de leur dégénérescence graisseuse. (*Œster. zeit.* et *Gaz. méd. de Lyon*, février 1864.)

Effet prompt du chloroforme en inhalation sur les coliques hépatiques. Nous avons publié plusieurs articles à l'appui des bons effets du chloroforme dans les cas de coliques hépatiques, et on a pu voir que leurs auteurs, MM. Bouchut et Courlier, rapportaient l'action de l'agent anesthésique à la propriété dont il jouit de dissoudre

les calculs hépatiques. Le fait suivant prouve qu'il agit encore autrement.

M. Wannebroucq a mis sous les yeux de ses collègues un calcul biliaire du volume d'une petite aveline, de forme polyédrique, à crêtes arrondies, structure assez ordinaire. Il venait d'une femme de son service à l'hôpital, prise de coliques hépatiques. Les accès étaient d'une violence extrême, au point d'amener fréquemment la syncope. On a chloroformé la malade, et non-seulement l'anesthésie a fait disparaître la douleur aussitôt, mais l'accès lui-même, car la colique hépatique ne s'est pas reproduit quand la malade est revenue à elle.

C'est le lendemain de l'application du chloroforme qu'on a trouvé dans les selles le calcul. M. Wannebroucq se demande si le collapsus, l'état de relâchement général qu'amène l'anesthésie par le chloroforme, en s'étendant jusqu'au canal cholédoque, n'a pas favorisé sa dilatation et par conséquent la marche du calcul jusqu'à l'intestin ?

M. Castolain, dans un cas analogue, a fait la même remarque relativement à l'influence du chloroforme, pour calmer l'accès de colique hépatique. (*Société centrale de médecine du Nord*, novembre 1865.)

Traitement de l'obésité. Un M. W. Banting, affligé d'une obésité monstrueuse, après avoir vainement demandé du secours à plusieurs médecins, découvrit enfin un régime qui le délivra de ses maux. On peut en apprécier l'efficacité d'après ce fait que le malade, qui pesait, en août 1862, 202 livres, ne pesait plus, en août 1863, que 156 livres. Or, voici réduites en prescriptions les diverses règles de ce régime diététique :

S'abstenir autant que possible de pain, beurre, lait, sucre, bière et pommes de terre. Pour déjeuner, 120 à 150 grammes de bœuf, rognons de mouton, poisson bouilli ou lard, une grande tasse de thé sans lait ni sucre, un petit biscuit et 30 grammes de rôtie sèche. Pour dîner, 150 à 180 grammes de toute espèce de poissons, hors le saumon, de toute espèce de viandes, excepté le porc, de tout légume, excepté les pommes de terre, la rôtie sèche, pas de gibier, de volaille ni de pudding ; deux ou trois verres de claret, de sherry ou de madère, mais pas de champagne, ni de porto, ni de bière. Le souper comme le dîner, mais en quantité moindre. L'abstinence la plus recommandée est celle du sucre. — Un point sur lequel l'auteur de l'observation n'insiste pas assez est la petite quantité de boisson dont il faisait usage. Nous montrerons prochainement l'importance de ce point particulier du régime des obèses. (*British medic. journal*, janvier 1864.)

Ankylose temporo-maxillaire guérie par la section de la branche montante du maxillaire. La question du traitement de l'ankylose temporo-maxillaire étant, pour ainsi dire, à l'ordre du jour, grâce aux discussions récentes de la Société de chirurgie, on lira avec d'autant plus d'intérêt l'observation suivante, empruntée à la pratique de M. le professeur Grube, de Charkow. Il s'agit d'une malade âgée de vingt et un ans, atteinte, à l'âge de trois ans, d'une carie de l'articulation temporo-maxillaire, qui s'était terminée par une ankylose complète. Depuis quinze ans, elle ne pouvait prendre que des aliments liquides, et, lorsqu'elle entra à l'hôpital, sa maigreur extrême témoignait clairement de l'insuffisance de l'alimentation. Entre autres symptômes, on constatait que les mouvements du maxillaire inférieur étaient totalement abolis. Il était impossible, même après chloroformisation complète, d'obtenir le plus léger écartement des arcades dentaires. Les divers traitements mis jusqu'alors en usage étaient demeurés sans résultat. — M. Grube se décida à créer une pseudarthrose capable de remplacer l'articulation ankylosée, et mit, pour cela, en usage le procédé de Dieffenbach, légèrement modifié : à l'aide d'un ciseau droit conduit sur l'index, à la face interne de la joue, au-devant de l'apophyse coronoïde, il divisa d'abord cette apophyse, puis le col du maxillaire. Il fut possible alors d'écarter la mâchoire inférieure d'un demi-pouce, et cet écartement put être porté à un pouce, au moyen d'un spéculum buccal à vis, mais pas au delà. On pansa avec une boulette de charpie introduite dans la plaie et par des fomentations froides sur la joue. A la suite de l'opération, la réaction inflammatoire fut peu intense, et, dès le quatrième jour, on put commencer à faire exécuter à la mâchoire des mouvements passifs à l'aide d'une spatule en corne introduite entre les dents. Quoique douloureux, ces exercices fu-

rent continués avec persistance par la malade elle-même; néanmoins, un écartement plus considérable ne put être obtenu. On constata, après l'avoir chloroformée, que l'obstacle était dû à la rétraction du masséter gauche; celui-ci fut coupé, à l'aide d'un ténotome droit, immédiatement au-dessous de l'apophyse zygomatique. Il fut alors facile d'écarter les mâchoires d'un pouce, et cet écartement put être réalisé volontairement par la malade, après une vingtaine de jours d'exercices passifs recommencés. Dès qu'on les négligeait, l'étendue des mouvements possibles montrait de la tendance à diminuer. La malade y suppléa plus tard, avantageusement, par la mastication d'aliments très-durs. Au bout de huit mois, la persistance de la guérison se maintenait, et il était permis de constater une modification très-avantageuse dans l'état général. Le maxillaire inférieur s'était sensiblement déplacé d'arrière en avant, et il en était résulté un changement favorable dans l'expression de la physionomie Comme on le voit, le procédé de Dieffenbach avait été modifié en ce que la section du masséter, au lieu d'être faite d'abord avant celle du maxillaire, ainsi que le conseillait le chirurgien, avait été pratiquée consécutivement. M. Grube craignait qu'en opérant comme le voulait Dieffenbach, on ne fût privé presque complétement des mouvements d'élévation du maxillaire, l'insertion au temporal de l'apophyse coronoïde se trouvant détachée par le fait de l'opération. De plus, M. Grube trouvait à sa manière de procéder un autre avantage: le masséter contribue à déplacer le maxillaire en avant, après la section préalable du col, et à assurer, par conséquent, la formation d'une pseudarthrose, en éloignant l'une de l'autre les deux surfaces de section de l'os. (*Arch. für Klinische chirurgie.*, 1865.)

Procédé très-simple pour démontrer l'existence de l'acide sulfhydrique dans les urines ou dans d'autres liquides. Voici le procédé indiqué par le docteur A. Ziegler. On coupe une carte de visite glacée en petites bandes que l'on recourbe sur elles-mêmes, afin qu'elles se fendillent du côté glacé. Cette bandelette-réactif ainsi préparée est placée perpendiculairement dans une fente faite à la partie inférieure du bouchon destiné à fermer le flacon contenant le liquide à essayer; le bouchon est mis en place avec la précaution que la bandelette attachée à sa partie inférieure ne touche ni au liquide, ni aux parois du flacon. Si le liquide soumis à l'examen renferme de l'acide sulfhydrique, on verra, au bout de peu d'heures, les petites fentes du morceau de carte se présenter sous forme de fines lignes noires, coloration qui est due à l'action de l'acide sulfhydrique sur le blanc de plomb qui constitue l'enduit glacé. (*Geneeskund. Courant* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'usage excessif du sucre ou des remèdes sucrés. Afin d'expérimenter la possibilité de remplacer le sel marin par le sucre dans la préparation des viandes de garde destinées à l'approvisionnement des troupes en campagne, M. Champouillon se mit strictement au régime qui peut être celui des soldats enfermés dans une ville assiégée. En conséquence, il se nourrit pendant plusieurs jours consécutifs d'une ration ainsi composée: 500 grammes de pralines de viande de bœuf; 100 grammes de biscuit de mer, et, pour boisson, de l'eau pure.

Pendant le temps que dura l'épreuve, divers phénomènes se manifestèrent dans l'ordre suivant: soif, lassitude gastrique, dégoût, nausées fréquentes, régurgitations acidules, douleur épigastrique, diarrhée, accablement général, syncope.

Parmi ces troubles, dit M. Champouillon, il en est, comme le dégoût, les nausées, qui provenaient certainement de l'uniformité de mon régime; d'autres, tels que la soif, la dyspepsie, les régurgitations acides, les douleurs épigastriques, la diarrhée, ne peuvent guère s'expliquer que par le mode même de digestibilité du sucre de canne.

Cette substance, en raison de l'intensité des impressions qu'elle produit sur les organes du goût et de la digestion, finit, en effet, par blaser le palais et par émousser l'appétit. C'est de cette manière que l'usage excessif des sirops, des bonbons, des pâtes et des tisanes fortement sucrées amène le dégoût, anéantit quelquefois toute

aptitude digestive chez la plupart des malades, et notamment chez les phthisiques.

L'observation clinique nous apprend que tout surcroît d'activité fonctionnelle détermine à la longue un état morbide de l'organe mis en jeu, et une aggravation habituelle de cet état morbide s'il préexiste dans l'organe. D'autre part, la physiologie nous enseigne que le sucre de canne, au contact des acides du suc gastrique, se convertit en glycose. La sécrétion de ce suc devra nécessairement se faire avec d'autant plus d'activité que la quantité de sucre ingérée est plus considérable ; il en sera de même pour l'hyperémie stomacale qui accompagne cette sécrétion. Dans la mesure ordinaire des choses, l'hyperémie gastrique est de moyenne intensité ; elle se dissipe dans l'intervalle qui sépare un repas du repas suivant ; chez les malades nourris, abreuvés à toute heure de matières sucrées, elle est au contraire permanente, et à un degré qui varie suivant les caprices de la consommation.

Une fois absorbée, la glycose provenant de la métamorphose du sucre de canne concourt à la formation de la graisse et à la sécrétion de la bile ; elle fournit en outre un chyle abondant, et quand elle échappe à la combustion, elle contribue puissamment à la pléthore.

J'ai souvent remarqué, ajoute l'auteur, depuis trente-trois ans que je suis ou que je traite des phthisiques, que la toux, la fièvre hectique, les sueurs nocturnes reçoivent une fâcheuse impulsion de l'appétence que les malades éprouvent pour les substances sucrées. Cette impulsion ne serait, si je ne me trompe, que la conséquence naturelle de la combustion de la glycose au sein de l'organisme, phénomène qui ne peut avoir lieu sans production d'eau, d'acide carbonique et surtout de *chaleur*. On sait, en effet, que 100 grammes de sucre, en brûlant par voie d'oxydation physiologique, dégagent autant de chaleur que 42 gr. 10 de charbon. D'après MM. Favrot et Silbermann, 1 gramme de charbon peut, par sa combustion, élever de 1 degré 8 kilogrammes d'eau. Or, si la capacité du corps humain pour le calorique est la même que celle de l'eau, et s'il s'agit d'un sujet du poids de 75 kilogrammes, par exemple, 100 grammes de sucre devront donc, en brûlant, élever la température de l'organisme humain de 4 degrés et demi.

Est-il possible de considérer cette production de calorique comme chose indifférente pour la marche et pour l'issue des affections fébriles, de la phthisie en particulier ?

Oxygénation du sang veineux, combustion locale, exhalation d'acide carbonique et de vapeur d'eau, tel est le rôle complexe du poumon dans l'acte physiologique de la respiration.

Or, il est admis, en thérapeutique, que tout organe malade doit être maintenu dans un état de repos absolu ou relatif. Imposer à la fonction respiratoire un surcroît d'animation, c'est donc risquer d'aggraver les désordres dont le poumon est habituellement le siége chez les tuberculeux. (*Acad. des sciences*, déc. 1865.)

Développement spontané de la pustule maligne dans l'espèce humaine. En étudiant les maladies charbonneuses seulement dans les pays où elles sont endémiques, où elles sévissent en même temps sur les hommes et sur les animaux, dit M. Gallard, on est exposé à se laisser dominer par une idée préconçue et à voir partout la contagion que toutes les circonstances favorisent, et qui peut toujours être soupçonnée, sinon démontrée.

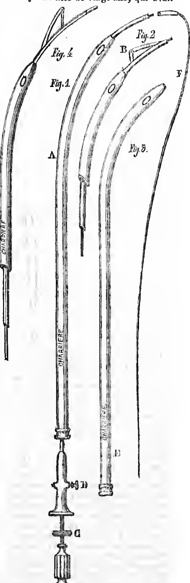
Une semblable cause d'erreur n'existe pas pour les médecins qui exercent dans des localités où le charbon est plus rare, et ce sont ces derniers qui ont pu observer la pustule maligne chez l'homme, en l'absence de toute affection charbonneuse concomitante chez les animaux de la même contrée ; aussi leurs observations ont-elles permis de prouver la production spontanée de cette affection. Les plus remarquables et les plus concluantes de ces observations ont été communiquées par M. le docteur Devers, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Saint-Jean-d'Angély. Les observations, qui ont été présentées à la Société médicale d'émulation, seront prochainement publiées. Nous y avons joint celles qui nous ont été communiquées par un grand nombre d'autres médecins des départements de la Charente-Inférieure, de la Charente, des Deux-Sèvres et de la Vendée ; et les renseignements que nous ont fournis ces honorables confrères nous ont permis d'établir que dans maintes localités on a vu survenir des cas de pustule ma-

ligne, en l'absence bien constatée de charbon dans le voisinage et dans un rayon tellement étendu, qu'il n'était pas possible d'admettre que le virus ait pu être transporté par des mouches. La plupart de ces renseignements médicaux sont confirmés par des déclarations des vétérinaires qui exercent dans les mêmes localités.

D'un autre côté, nous avons trouvé dans les recueils maintes observations de pustule maligne parfaitement spontanée, et nous avons pu en emprunter de nombreux exemples, même aux ouvrages de ceux qui sont les partisans les plus ardents des idées ultra-contagionnistes. (*Acad. de méd.*, 19 janvier 1864.)

Uréthrotome à lame cachée et porte-sonde. M. J. Charrière a présenté un nouveau modèle de son invention. Cet instrument est employé comme les uréthrotomes courbes cannelés, la sonde glisse sur l'instrument, aussitôt que la section est faite sur le rétrécissement. On retire ensuite l'uréthrotome en entier en poussant la sonde jusque dans la vessie; il est alors possible de prévenir le contact de l'urine; A, figure 1, uréthrotome enfermé dans la sonde cylindro-conique, que l'on visse à la bougie conductrice F; B, figure 2, la lame faisant saillie; C, rondelle qui limite à volonté la saillie de la lame; D, vis qui sert au démontage de l'uréthrotome comme dans nos uréthrotomes, modèle J. Charrière; figure 3, sonde cylindro-conique; figure 4, uréthrotome pour agir d'arrière en avant (autre modèle). On peut faire couper l'instrument d'avant en arrière et d'arrière en avant, comme dans l'instrument de M. Bron (de Lyon). (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, janvier.)

Note sur une opération d'ovariotomie pratiquée avec succès à Alais. Nous l'avons dit dès le début de ces expérimentations cliniques, c'est aux chirurgiens de nos provinces qu'il est réservé de faire entrer cette grande ressource chirurgicale dans le domaine de la pratique, comme ils l'ont fait d'ailleurs pour l'opération césarienne. Le nouveau cas de succès que nous nous empressons d'enregistrer est dû à notre savant collaborateur M. Serres, assisté de M. le professeur Courty (de Montpellier) et de plusieurs médecins d'Alais et des environs. L'opération a été pratiquée le 8 janvier dernier, sur une jeune fille de vingt ans, qui avait



subi antérieurement trois ponctions évacuatrices, et qui portait un kyste de l'ovaire droit, dont l'origine re-

montait à quatorze mois environ. Le kyste était composé de quatre poches principales et de plusieurs autres plus petites, renfermant ensemble près de 20 litres de liquide.

La malade fut anesthésiée, et l'ovariotomie pratiquée suivant les règles ordinaires.

Puis M. le professeur Courty pratiqua onze points de suture métallique profonde et trois points de suture superficielle. Du coton cardé, bien chaud, et un bandage médiocrement serré terminèrent l'opération. La malade fut transportée dans un lit convenablement chauffé, et, grâce à toutes ces précautions et à une assez forte dose d'opium administrée sur-le-champ, elle put goûter pendant quelques heures un sommeil calme et réparateur.

Aucune réaction fébrile ne s'est produite, et le nombre des pulsations n'a jamais dépassé 100.

Pendant les trente-six heures qui ont suivi, les seuls phénomènes remarquables ont été quelques vomissements, des vomituritions fréquentes et le hoquet; mais, dès le commencement du troisième jour, tout était rentré dans l'ordre. Les règles se sont montrées cinquante heures environ après l'opération et vingt jours avant la période menstruelle régulière.

Le clamp et les points de suture ont été enlevés le huitième et le neuvième jour, et remplacés par quelques bandelettes agglutinatives. Autour du pédicule, momifié par le perchlorure de fer, il s'est produit un léger écoulement de matière sanieuse, noirâtre, d'une odeur caractéristique, qui se continue encore aujourd'hui, mais qui ne paraît avoir aucune influence fâcheuse sur l'état de la malade.

L'angle inférieur de la plaie a la forme d'un infundibulum, et, à mesure que le ventre, qui les premiers jours était fortement déprimé, reprend ses dimensions ordinaires, cet aspect infundibuliforme se prononce de plus en plus.

Le 22 janvier, lorsque M. le docteur Auphan adressait ces détails à l'Académie, sa malade allait bien et tout présageait un succès complet. Les prévisions de notre confrère ne se sont pas démenties, puisque le 31 du même mois la jeune femme se promenait dans les rues d'Alais, et que le 2 février elle s'embarquait dans une voiture qui devait la conduire à Portes, localité distante de 25 kilomètres. Des nouvelles reçues aujourd'hui (8 février) nous apprennent que la malade a très-bien supporté la fatigue de ce voyage et que sa santé s'améliore de plus en plus. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, janvier 1864.)

Sur la curabilité de la rage. Dans le courant de l'année 1850, un des vétérinaires distingués de notre armée, M. Decroix, pendant qu'il était en garnison à Alger, a fait des expériences tendantes à prouver, d'une part, que la rage canine existe dans cette ville, contrairement à une opinion trop généralement répandue, et, d'autre part, que cette terrible maladie est susceptible de guérison.

Dans une première expérience, il a inoculé la bave d'un chien enragé à un autre chien, qui, après avoir présenté pendant sept jours les symptômes très-manifestes de la rage, a guéri spontanément le vingt cinquième jour après l'inoculation.

Dans une seconde expérience, un chien a été inoculé avec la salive d'un homme atteint d'hydrophobie rabique. L'inoculation a parfaitement réussi, ce qui prouve que la rage peut se transmettre de l'homme au chien. Le sujet de cette nouvelle épreuve devient enragé au bout de seize jours, offre les signes de la rage confirmée pendant huit jours environ, et guérit entièrement un mois après l'inoculation.

M. Decroix, en présence de cette terminaison favorable, douta un moment de l'exactitude du diagnostic. Mais ses scrupules se dissipèrent quand il apprit que, au témoignage de MM. les professeurs Lecoq, Rey, Tisserand et Tabourin, plusieurs cas de guérison de rage par les seuls efforts de la nature avaient été observés à l'école vétérinaire de Lyon.

La curabilité de la rage est donc, aux yeux de M. Decroix, un fait bien avéré. Ses expériences prouvent, suivant lui, que la rage peut guérir spontanément. Il ne croit guère à la vertu des spécifiques; mais cependant il est d'avis que la médecine humaine ne doit pas se croiser les bras et demeurer inactive devant un mal si horrible.

Avant tout, il faut rassurer les personnes mordues par des chiens suspects, et employer les moyens les plus divers et les plus énergiques pour faire diversion à leurs préoccupations sinistres. M. Decroix s'est convaincu par lui-même de l'influence que ces préoccupations peuvent exercer sur

les natures même les moins impressionnables et les moins prévenues. Cet honorable vétérinaire raconte que, le 25 novembre dernier, il a avalé lui-même, étant à jeun, un morceau de viande *crue*, provenant d'un chien mort de la rage quelques heures auparavant ; et que le 29 du même mois il a mangé deux morceaux de viande rôtie provenant également d'un chien enragé. M. Decroix, convaincu jusqu'alors que la chair des animaux enragés pouvait être mangée impunément, ne prenait aucun souci de ses expériences, lorsque, peu de jours après, il lut, dans un mémoire de M. le professeur Lafosse (de Toulouse), que plusieurs observateurs avaient signalé des cas de transmission de la rage par l'usage de la viande de chiens ou d'herbivores enragés. M. Decroix sentit alors sa sécurité s'ébranler, et presque immédiatement il éprouva un sentiment de gêne à la gorge et une altération notable de la voix. Ces phénomènes se dissipaient sous l'influence des distractions ou des occupations assidues ; mais ils reparaissaient quelquefois dans les moments d'inaction, ou lorsque M. Decroix songeait à la rage ou reportait ses souvenirs vers les expériences du 25 et du 29 novembre. L'honorable vétérinaire croit que cet exemple peut être ajouté à ceux qui ont été déjà cités pour faire ressortir l'influence funeste de l'imagination et des préoccupations sur le développement de la rage chez l'homme.

Laisser les malades dans le plus grand calme, ne leur occasionner aucune contrariété, satisfaire leurs désirs, leur procurer des distractions et relever leur moral, éviter l'emploi des moyens que l'expérience a démontré être inutiles ou nuisibles : telles sont, suivant M. Decroix, les principales indications à remplir dans le traitement prophylactique de la rage. (*Commission de la rage.*)

VARIÉTÉS.

De l'emploi du bandage herniaire à pelotes bifurquées, dans les cas de descente tardive du testicule (1).

Depuis, j'ai observé un second fait exactement semblable, chez un enfant de trois ans. Aussi, en 1852, à propos d'un rapport sur les ectopies du testicule dont j'étais chargé par la Société de chirurgie, je n'hésitai pas à appeler l'attention de mes collègues sur la valeur de cette application des appareils mécaniques.

Dans les sciences médicales, les discussions sont profitables seulement lorsqu'elles reposent sur des faits observés au point de vue où l'auteur s'est placé ; or, lorsqu'un traitement nouveau se produit, on est porté à en juger la valeur exclusivement à l'aide des observations antérieures. Ainsi, dans l'espèce, les deux seuls membres de la société qui aient pris la parole ont défendu la pratique courante, c'est-à-dire l'abstention de l'art et l'abandon de la descente tardive du testicule aux hasards des circonstances. Le collègue le plus compétent, M. Guersant, était malheureusement absent, et nul doute qu'il n'eût pris la défense de notre proposition de substituer une action mécanique, dont l'intensité peut être graduée, au hasard des événements (2).

(1) Suite et fin, voir la livraison du 30 janvier, page 95. — Nous reproduisons le dernier alinéa de notre précédent article, parce qu'une faute de ponctuation en a complétement altéré le sens.

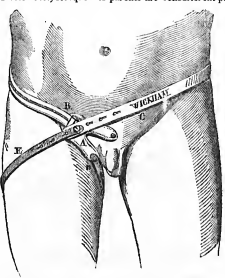
(2) Nous recevons la lettre suivante de notre collègue M. Guersant :

« Je viens de lire avec attention votre article, et vous avez raison de dire que je partage tout à fait votre opinion quant à la migration des testicules après la naissance, ainsi que sur l'opportunité de l'emploi du bandage à pelote échancrée pour faciliter la descente de ces organes. Jusqu'ici je n'ai eu l'oc-

Il ne faut pas oublier que, passé un certain âge, les testicules se trouvent forcément privés des agents actifs auxquels est confiée leur migration extra-pelvienne, et que, quand elle vient à se produire à cette époque, elle est le résultat d'un effort analogue à celui qui produit les hernies. Or, un traitement qui repose sur une circonstance accidentelle, et dont le résultat peut être la production d'une hernie, ce traitement, disons-nous, peut-il être considéré comme le dernier mot de la science?

M. Follin ne l'a pas cru : aussi quelques années après, dans la séance du 16 août 1856, il présentait à la société un jeune garçon de treize ans guéri d'une inclusion inguinale par l'emploi du bandage. Voici la note que notre collègue nous a remise.

Obs. « Charles B***, âgé de treize ans, n'avait dans les bourses qu'un testicule, celui du côté droit, lorsque ses parents me consultèrent pour cette infir-



mité, qui les inquiétait. A mon premier examen, je pus reconnaître que le testicule remplissait complétement le côté droit du scrotum, mais qu'à gauche on ne trouvait aucune trace de l'organe. En remontant du côté du canal inguinal et à la partie supérieure de ce canal, on constatait la présence d'une masse

---

casion d'intervenir que chez des enfants de cinq à six ans, et chez lesquels la migration tardive amenait des accidents. Le testicule se présentait à l'anneau, y était comprimé, et les enfants éprouvant des coliques, on m'avait consulté. Je débute dans ces circonstances par faire disparaître la tuméfaction des glandes par des pommades belladonées, après quoi, je fais appliquer un bandage à pelote échancrée pour chasser le testicule hors du canal s'il est à l'anneau. Dans le cas contraire, et si les coliques persistent, je n'hésite pas à refouler le testicule dans la cavité du ventre et à l'y maintenir à l'aide d'une pelote semblable à celle qu'on applique pour prévenir la sortie de l'intestin. » P. Guersant.

molle, du volume d'un gros œuf de pigeon et qu'il était facile de reconnaître pour le testicule gauche anomalement situé.

« Dans ces conditions il n'y avait rien à faire, et je conseillai aux parents d'attendre. Un an après environ, l'enfant me fut montré de nouveau, et c'est alors que je constatai un déplacement du testicule, déplacement qui permettait d'agir maintenant sur lui. En effet, cet organe occupait la partie moyenne du canal inguinal et il était facile de le saisir avec la main par sa partie supérieure.

« Grâce à cette nouvelle disposition du testicule, je pus faire construire par M. Wickham un bandage à ressort dont la plaque, divisée en deux branches, venait saisir comme une fourche l'extrémité supérieure du testicule. En serrant de plus en plus ce bandage par une bandelette de cuir E percée de trous et fixée à un piton A, il était facile d'augmenter la pression exercée par la fourche sur le bord supérieur du testicule. C'est ce qui fut fait avec soin à l'institution de Pontlevoix, où l'enfant était placé. Au bout de trois mois environ, le testicule, qui s'était peu à peu rapproché de l'anneau inguinal externe, franchit ce point rétréci et vint occuper le scrotum. Cette descente artificielle du testicule s'opéra sans aucun accident. Pendant les premiers temps qui suivirent l'arrivée du testicule dans le scrotum, la glande séminale avait quelque tendance à remonter si l'on retirait le bandage. L'action du crémaster devenait très-évidente si l'on examinait la région scrotale. Je conseillai de maintenir le bandage en place pendant six à huit mois encore. C'est ce qui fut fait, et aujourd'hui le testicule n'a point de tendance à sortir du scrotum. Il n'y a plus qu'une légère différence dans la position des deux testicules dans le scrotum, mais le testicule gauche est encore un peu plus élevé que le droit. »

— Nous appelons tout d'abord l'attention de nos lecteurs sur la disposition ingénieuse de la pelote construite par M. Wickham ; outre sa forme bifurquée, il existait au point de jonction du ressort du bandage avec la plaque de la pelote une articulation destinée à donner plus ou moins d'inclinaison ; elle se composait d'un écrou que l'on faisait mouvoir au moyen d'une vis sans fin ; la coulisse destinée à recevoir l'extrémité antérieure du ressort était fixée sur cet écrou. De plus, les deux branches de la plaque pouvaient former un angle plus ou moins ouvert, suivant qu'on les éloignait ou qu'on les rapprochait au moyen de quarts de cercle placés aux points de jonction des branches avec le corps de la plaque.

La fin de l'observation de M. Follin nous prouve une fois de plus que le rôle du praticien n'est pas toujours terminé alors que le testicule est sorti de l'anneau ; dans ce cas, les contractions du crémaster tendaient à faire rentrer l'organe dans le canal et ont nécessité le maintien du bandage. Mais il est mieux alors de substituer à la pelote largement bifurquée une pelote ovale ne portant qu'une très-petite échancrure au niveau de l'anneau externe du canal, (forme de pelote recommandée déjà par Richter, pour prévenir la compression du cordon testiculaire dans certains cas de hernies scrotales). Le malade possède le bandage, et la modification de la pelotte n'impose pas un lourd sacrifice à la famille.

M. le docteur Wickham m'a communiqué un autre cas de succès observé dans la clientèle de notre collègue M. Michon. Dans ce fait, l'emploi du bandage était réclamé par la présence d'une hernie ; mais son action n'a pas été moins efficace pour provoquer la descente du testicule et a produit la guérison des deux lésions.

Obs. « Au commencement de l'année 1857, M. le docteur Michon m'a fait

faire un bandage pour un de ses jeunes clients âgé de onze ans, et affecté d'une hernie compliquée de la présence du testicule dans le canal inguinal gauche. La hernie se réduisait facilement, et la glande séminale peu volumineuse, mais non atrophiée, était appliquée contre l'anneau externe, qu'elle ne pouvait franchir. La cavité scrotale correspondante n'existait pour ainsi dire pas. Je fis l'application d'un bandage Camper, avec une pelote ovale dont l'extrémité fut légèrement échancrée pour ne pas blesser le testicule. Comme ce jeune homme était en pension et peu disposé à s'occuper de son appareil, je crus devoir faire choix d'un modèle qui, quoique présentant plusieurs inconvénients notables, entre autres celui d'établir une compression circulaire du bassin, offrait l'avantage de ne pas pouvoir se déplacer, surtout en prenant le soin de le maintenir fortement par un sous-cuisse. Le malade porta ce bandage pendant dix-huit mois; au bout de ce temps le testicule était sorti du canal. La hernie ne se produisant plus, ce jeune homme rejeta l'usage du bandage malgré l'avis contraire de M. Michon.

« Cette cure dura quatre années. Au mois de juin dernier, je fus mandé de nouveau pour contenir la hernie qui s'était reproduite à la suite d'un violent effort. J'ai eu alors l'occasion de constater que le testicule occupait le fond de la bourse gauche, qui s'était complétement développée. »

Ce fait prouve combien il est prudent de prolonger l'emploi du bandage après la cure des accidents qui ont réclamé son intervention. Il est aussi une nouvelle preuve de l'efficacité d'une action mécanique continue sur la migration du testicule.

L'Association des médecins de la Seine a tenu sa séance annuelle dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. Velpeau. Le nouveau doyen, M. Tardieu, était assis auprès du président, assisté des deux vice-présidents, du conseil judiciaire de l'Association et des autres membres du bureau. M. L. Orfila, secrétaire général, a donné lecture du rapport annuel qui a été accueilli, comme il l'est tous les ans, par des applaudissements unanimes. L'assemblée a procédé ensuite à l'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général.

M. Velpeau a été réélu président à l'unanimité des voix; M. L. Orfila a été maintenu également, à l'unanimité des suffrages, dans les fonctions de secrétaire général, et MM. Barth et Nélaton ont été élus vice-présidents. Le bureau a procédé ensuite au tirage au sort des membres qui devront faire partie de la commission générale renouvelée tous les ans par tiers.

Par arrêté en date du 14 janvier, M. Paul Dupuy a été nommé professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

L'Ecole préparatoire de médecine de Tours a décerné, pour la première fois, dans sa séance de décembre, une médaille d'or frappée à l'effigie de Louis Tonnellé. Ce prix annuel, fondé par Mme Riffault pour perpétuer le souvenir des éminents services rendus par son gendre, M. Tonnellé, à l'Ecole et à l'hôpital de Tours, consiste en une médaille de 150 francs.

Les lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant : — Élèves en médecine. — *Prix Tonnellé*, M. Meusnier.

Troisième année : Médaille de vermeil, M. Meusnier; mention honorable, M. Challier.

Deuxième année : Médaille d'argent, M. Bezard ; mention honorable, M. Delalande.

Première année : Médaille de bronze, M. Ferré ; 1re mention honorable, M. Marchand ; 2e mention honorable, M. Carré.

Élèves en pharmacie. — Médaillé de bronze, M. Baugé.

Acceptant l'offre d'un anonyme dont M. le directeur de l'Ecole de médecine de Bordeaux s'est fait l'interprète, l'Ecole vient de fonder un nouveau prix.

Ce prix, de 400 francs, sera décerné tous les trois ans (à dater de novembre 1866) à celui de ses élèves qui aura soutenu la meilleure thèse dans l'une des trois Facultés de médecine de France, pendant la période triennale précédente ; par exemple, pour la prochaine, depuis le mois de novembre 1863 jusqu'au mois d'août 1866.

Pour être admis à ce concours, les auteurs des thèses devront avoir pris à l'Ecole de médecine de Bordeaux au moins douze inscriptions.

Le prix pourra être partagé entre deux auteurs, et exceptionnellement entre trois, par portions égales ou inégales.

Si les thèses soumises à l'examen de l'Ecole ne sont pas jugées dignes d'un prix ou d'une portion du prix, la somme laissée libre sera capitalisée, pour son produit être ajouté au montant des prix triennaux subséquents.

Dans sa séance du 6 janvier, le Conseil général de l'Association des médecins de France a procédé à l'élection des membres de la Commission de surveillance de la Caisse des pensions viagères d'assistance. Ont été nommés : M. Bosviel, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation ; M. Davenne, ancien directeur de l'Assistance publique ; et M. le docteur Brun, trésorier de la *Société centrale.*

Des dons et déjà nombreux ont été adressés à la Commission ; en voici quelques-uns : Deux dons de 1,000 francs par MM. Rayer et Brière de Boismont ; un don de 500 francs par Mme Henry de Saint-Arnould, veuve du confrère de ce nom ; trois dons de 200 francs par MM. Am. Latour, Diday, et Tripier (de Lyon) ; deux dons de 100 francs par MM. Durand, Fardel et Bossion.

Aux nominations et promotions récentes que nous avons enregistrées, nous devons ajouter les suivantes : *Au grade d'officier* : MM. Cambay, médecin principal ; Martinenq, ancien chirurgien de la marine ; Roubin, chirurgien professeur de la marine ; Gourrier, chirurgien principal de la marine ; Salis, chirurgien de 1re classe de la marine. — *Au grade de chevalier* : M. Jean, médecin aide-major, attaché à l'hôpital militaire de Saïgon (Cochinchine) ; M. Dezon, médecin major et les médecins-majors suivants : MM. Réju, Roure, Janin, Bertrand, Reel, Fleury ; M. Coulier, pharmacien-major ; MM. Casal, Franquet, Massion, Aubert, Fournier, Bonneseuelle de Lespinois, chirurgiens de la marine.

Par décision du 28 décembre dernier, l'Académie royale de médecine de Belgique a nommé M. le professeur Sédillot membre honoraire étranger de cette Académie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Adolphe Guerlain (de Boulogne-sur-Mer).

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Quelques considérations sur le traitement de l'albuminurie et particulièrement par l'emploi des diurétiques.

Par M. le professeur HIRTZ, de Strasbourg.

Il n'y a dans toute maladie que trois sources d'indications thérapeutiques : 1° l'indication rationnelle; 2° la voie empirique; 3° le traitement symptomatique.

La première, fondée sur le rapport de la lésion causale avec l'agent médicamenteux, constitue le traitement vraiment scientifique, car il est le seul satisfaisant au point de vue doctrinal. Appliqué à l'albuminurie, quelle est sa valeur clinique dans l'état actuel de la science? En d'autres termes, ce que nous connaissons de la lésion fondamentale du rein peut-il servir de base au traitement? Et d'abord, où en est la science contemporaine au point de vue de la pathogénie de l'albuminurie? Les idées sont-elles enfin fixées sur la nature et les évolutions successives de la lésion rénale? Le sont-elles du moins sur le rôle primitif ou secondaire de cette lésion?

Faire l'histoire des variations subies par les idées histologiques sur la lésion intime et première serait dépasser les limites et le but de cet article. Si nous nous bornons à en tirer les résultats au point de vue actuel, nous arrivons à peu près aux données suivantes :

La lésion rénale qui produit l'albuminurie se traduit par trois formes capitales, ou plutôt elle constitue trois catégories distinctes : la première est constituée par une tension excessive du système vasculaire rénal et plus particulièrement des veines; c'est une congestion passive produite par un obstacle au retour du sang : une tumeur comprimant le trajet des vaisseaux, l'utérus en état de gestation, une asystolie du cœur droit. Cette tension se communique de proche en proche au pinceau vasculaire du glomérule de Malpighi et force l'exhalation de l'albumine.

La deuxième espèce a son siége à l'extrémité opposée des canaux urinifères, sur les tubes rectilignes qui terminent la pyramide en formant les canaux excréteurs de l'urine. Toutes les causes qui rendent l'urine irritante, soit en la concentrant, soit en y mêlant des agents toxiques déterminent cette forme de l'albuminurie : le choléra, les fièvres graves, les exanthèmes fébriles, l'absorption de la cantharide et d'autres poisons, etc., etc., peut-être même un simple refroidissement. Elle constitue l'albuminurie *catarrhale*. Sa

forme est ordinairement aiguë, transitoire, son caractère anatomique une desquammation épithéliale, formée tantôt de cylindres hyalins et de cellules gonflées et entières, tantôt n'offrant plus que des débris cellulaires désagrégés et même dégénérés.

La troisième espèce enfin, que les Allemands appellent *néphrite diffuse*, a son siége primitif dans la capsule de Malpighi, les glomérules et les canaux contournés qui forment la trame du rein, c'est la maladie de Bright proprement dite : exsudat qui gonfle, trouble et détruit les épithélium, comprime les canaux et la substance intermédiaire et entraîne finalement la dégénérescence régressive et l'atrophie de l'organe, telle est la série de ses évolutions.

Voyons maintenant quel parti la thérapeutique rationnelle peut tirer de ces données de l'anatomie pathologique et quelles sont les indications qui en surgissent.

Pour ce qui est de la première espèce d'albuminurie, celle qui résulte de la tension vasculaire, suite de compression, le problème thérapeutique repose sur des données logiques; tout ce qui fera cesser la congestion, tout ce qui diminuera la tension pourra amener la guérison.

L'accouchement qui vide l'utérus; la chirurgie qui ponctionne ou enlève une tumeur; la médecine qui dégorge les gros vaisseaux ou le cœur par la saignée, la digitale, ou des spoliations indirectes, accompliront une œuvre aussi rationnelle qu'efficace.

Il en est de même pour la deuxième espèce, la forme catarrhale : les boissons rafraîchissantes qui délayent les urines et balayent les canaux encombrés de débris épithéliaux, les ventouses qui dégorgent les reins, les bains qui rétablissent les fonctions cutanées, sont le traitement aussi logique qu'utile dans cette forme.

Comment attaquer la néphrite diffuse, la maladie de Bright par excellence ? Quelles sont les indications réelles, positives, évidentes qui relient directement l'état anatomique à l'indication thérapeutique ? Nous remarquons préalablement que nous ne voulons à cette occasion soulever aucune question doctrinale; nous ne demandons pas si réellement néphrite il y a; nous ne demandons même pas si l'hypérémie initiale ne pourrait pas être considérée comme un effet de l'engorgement des canaux ? Nous admettons cette hypérémie comme un élément anatomique hors de conteste.

Mais en nous plaçant sur le terrain de la réalité clinique, nous cherchons quelle est l'indication thérapeutique qui ressort de ce fait anatomique : un seul, c'est d'attaquer la congestion sanguine qui caractérise le début. Or l'observation clinique la plus attentive a de

la peine à déceler ces phénomènes de congestion initiale : la douleur rénale est problématique, les malades ne l'accusent que comme provoqués par l'interrogation et l'insistance, la fièvre manque dans la règle. Le début lent et chronique est ici le caractère dominant, le commencement échappe à l'œil, et la maladie ne se trahit ordinairement que par ses effets : l'hydropisie. Combien dès lors cette indication devient précaire dans sa base et problématique surtout dans ses résultats ! L'observation nous apprend chaque jour ce que peuvent les quelques ventouses déplétives, voire même quelques purgatifs dérivatifs, pour guérir un pareil état ; la maladie suit sa fatale évolution ; l'hydropisie monte, monte toujours, et la mort est la règle.

Il ne reste donc plus qu'à se jeter dans les bras de l'empirisme, et on ne s'en est pas fait faute. Toute la série des moyens qu'enfantent les maladies incurables s'est donné rendez-vous sur ce terrain. L'acide nitrique, qui nous est venu de la Suède ; la cantharide, des médecins anglais ; le tannin et le plomb, de l'Allemagne ; le cochléaria et le raifort, de France ; l'iode, le brome, l'huile de morue, de partout. Tous ces moyens comptent sans doute des succès, mais succès isolés ; aussi combien de revers ! Et quelle est la médication qui puisse se vanter de dominer seulement les autres par le nombre ou la confiance de ses adhérents ?

Vient enfin la méthode symptomatique. Nous ne dissimulons pas combien il nous en coûte à nous clinicien, partisan né de la médecine rationnelle, de préconiser une méthode qui sent l'enfance de l'art. Mais après ce qui précède, avons-nous le droit d'être difficile ? Et dans combien de maladies du reste, pour ne nommer que la fièvre typhoïde, le typhus, le choléra, savons-nous faire mieux ou autrement ? D'ailleurs, sauver les malades ou les soulager, même contre les principes, n'est-ce pas encore faire de l'art ?

Deux symptômes capitaux, ou plutôt deux grandes lésions fonctionnelles caractérisent la maladie : la suppression de la fonction cutanée et celle de l'urine ; elles ont pour conséquence un troisième symptôme : l'hydropisie. Celui-ci est si bien la conséquence des deux premiers, que, tant que la peau fonctionne et que surtout la diurèse continue, l'hydropisie ne survient point, ou du moins ne devient pas dominante.

Or, ce qui tue dans l'albuminurie, à part quelques cas exceptionnels d'éclampsie urémique, c'est l'hydropisie avec ses conséquences fatales : décubitus gangréneux, asphyxie, etc. Tant que cette terrible complication n'est pas là, le terme de la vie ne peut être prévu ; c'est donc à ce grand facteur de la mort qu'il faut s'opposer.

La suppression de la fonction cutanée peut, dans quelques cas, être invoquée comme un fait causal. Mais, primitive ou non, elle présente une indication précieuse. Cette indication se déduit de la sécheresse permanente de la peau, des circonstances anemnestiques qui la font remonter au début de la maladie, comme effet d'un refroidissement subit ou chronique, ou de la présence de l'anasarque malgré la continuation de la diurèse. Les moyens sont connus : à l'intérieur des infusions chaudes et excitantes ; à l'extérieur des frictions, des vapeurs stimulantes combinées avec le séjour permanent au lit. Les résultats dans quelques cas sont merveilleusement prompts et saisissants. Nous-même nous en avons vu deux faits remarquables dans des cas très-graves observés à la clinique sur deux hommes arrivés en apparence au dernier terme de la maladie et guéris radicalement par d'abondantes sueurs. Mais il faut bien le reconnaître, ce sont là des cas exceptionnels et qu'on ne voit que de loin en loin.

Réveillée et forcée artificiellement pendant un temps plus ou moins long, la fonction cutanée retombe dans la torpeur dès que les malades se lèvent, et bientôt le lit leur devient insupportable, ainsi que la sueur, et l'anasarque reprend. D'autres fois, l'extrême distension de la peau, devenue roide et compacte, rend illusoire toute tentative de sudation : c'est donc une méthode exceptionnelle.

Y a-t-il mieux ou plus à attendre de la méthode balnéaire dernièrement préconisée en Allemagne, principalement par Liebermeister (*Revue trimestrielle de Prague*, 1863), et par Rosenstein (*Traité des maladies du rein*, 1863) ? Ce dernier plonge ses malades dans un bain chaud de 35 à 36 degrés centigrades et les enveloppe pendant trois heures dans des draps mouillés et froids pour amener la réaction sudorale. Le premier, au contraire, va bien plus loin : le malade est plongé d'emblée dans un bain de 37 degrés, dont on élève rapidement la température à 42 degrés. Il y reste trente-cinq minutes, puis on le roule dans des draps mouillés comme ci-dessus.

Si on se rappelle que la température extrême du sang dans les maladies ne dépasse pas 42 degrés sans amener la mort ; si on se rappelle les expériences récentes de Weickart (*Archiv. de Wunderlich*, 1863), qui vit périr tous les animaux plongés dans un bain de 44 degrés, on doit trouver cette méthode téméraire et craindre au moins les congestions viscérales. Cependant les auteurs, savants praticiens, prétendent qu'au bout de quelques jours les malades s'y habituent, finissent même par les demander, et que le résultat final a été bien souvent favorable. Nous soumettons au lecteur français ces

faits que, de notre côté, nous chercherons à contrôler, en n'avançant qu'avec précaution dans une voie qui ne nous paraît pas sans péril, mais qu'autorise peut-être la fréquente incurabilité de la maladie.

Mais, nous le répétons avec insistance, le rapport entre l'évacuation nécessaire des liquides excrémentiels du corps et les organes éliminatoires, s'établit principalement par le rein et non par la peau. Toutes les hydropisies augmentent ou diminuent en raison inverse de la sécrétion urinaire ; ce fait sert de pronostic pour augurer de leur marche et d'indication thérapeutique pour la diriger.

On a fait une exception pour la maladie de Bright ; on a fondé cette exception sur la crainte de congestionner davantage le rein par la stimulation fonctionnelle. Cette contre-indication me paraît reposer à la fois sur une erreur physiologique et une hérésie clinique.

Erreur physiologique, car autre chose est la stimulation sécrétoire d'une glande et sa congestion vasculaire. Il y a sans doute afflux de sang dans les deux cas ; mais, dans le premier, cet afflux se résout en une élimination humorale qui diminue la tension circulatoire : arrêtez un instant la sécrétion, vous augmentez la congestion ; provoquez la sécrétion dans une glande engorgée, elle se résoudra. Hérésie clinique : à quoi peut-on raisonnablement attribuer l'albuminurie qui suit le choléra, si ce n'est à la suppression de l'urine ? Comment dégorgeons-nous le foie et les mamelles ? En provoquant leur sécrétion.

Du reste, ici, il y a quelque chose qui parle plus haut et plus fort que toutes les théories préconçues : ce sont les faits. Nous avons donc à voir si la pratique justifie ces prémisses rationnelles et si la thérapeutique autorise ces conclusions. Nous prendrons nos observations seulement à la clinique officielle de la Faculté, où de nombreux élèves ont pu les contrôler.

Obs. I. (Recueillie par M. Kiem, interne.) *Hydropisie générale et ascite, suite de maladie de Bright. — Asphyxie imminente. — Guérison rapide de l'hydropisie par la scille. — Guérison ultérieure de la maladie rénale par les astringents. — Rechute légère deux mois plus tard.*

Héloïse W***, ouvrière en cigares, célibataire, âgée de trente-quatre ans, entre à la clinique interne, salle 33, lit n° 16, le 9 juillet 1863.

Bonne constitution, aucune maladie antécédente; régime insuffisant, presque exclusivement légumineux ; il y a deux mois, com-

mencement d'œdème aux malléoles et, graduellement, anasarque général ; troubles de la vue ; aucune douleur rénale.

Etat actuel : face pâle, œdémateuse, surtout aux paupières, teint enfariné. Extension de l'œdème au cou et au cuir chevelu. Les membres inférieurs considérablement tuméfiés jusqu'à leur racine, triplés de volume par un œdème dur, compacte, élastique, s'étendant à la paroi abdominale et thoracique jusque dans la région claviculaire. Epanchement dans les synoviales du genou, épanchement dans la cavité péritonéale. Troubles de la vue, diplopie, sans que l'ophthalmoscope indique rien d'anomal. Aucune douleur rénale ; intégrité du foie, du cœur, des poumons et du cerveau ; appétit conservé. Apyrexie.

Urines rares, concentrées (300 grammes), déposant des phosphates terreux et précipitant abondamment par la chaleur et l'acide nitrique. Le microscope constate de nombreux cylindres hyalins et des cellules épithéliales infiltrées de graisse.

Diagnostic : albuminurie, suite de maladie de Bright. Pronostic réservé.

L'extension rapide de l'hydropisie et la faible quantité de l'urine indiquent les diurétiques ; on prescrit trois pilules scillitiques composées chacune de 5 centigrammes d'extrait et de poudre de scille ; on fait porter les urines au laboratoire de M. Hepp, qui le lendemain transmet le résultat résumé ci-après :

Urines du 10 au 11 juillet.	1000 centimètres cubes contiennent — grammes.	Urines de 24 heures — grammes.
Eau	959,9	249,59
Matières solides	40,1	10,42
Total	1000	260
Albumine	8,80	2,288
Urée	16,95	4,40
Chlorure de sodium	7,90	2,05

Emission d'urine en vingt-quatre heures, 260 grammes. — Réaction acide, densité 1014. Couleur, rouge-brique. Dépôt de phosphates terreux. Cylindres hyalins. Point de glucose, traces d'acide urique faibles.

Tel est le tableau clinique au jour de l'entrée de la malade et le lendemain matin 11 juillet.

Mais, dès le soir du même jour, oppression croissant rapidement jusqu'à l'orthopnée ; estomac refoulé par l'ascite jusque sous le sternum, cœur légèrement dévié à droite ; rien dans les poumons ni dans les plèvres ; nuit anxieuse.

Le lendemain matin (12 juillet), même état que la veille ; un œdème compacte entoure toute la cage thoracique ; pouls petit,

fréquent, oppression considérable. Une bouteille de sedlitz amène de nombreuses évacuations séreuses et un notable soulagement, sans diminuer l'infiltration (Pilules scillitiques continuées.)

Le 14. Mieux sensible, diurèse abondante depuis la veille (1,600 grammes); œdème moins tendu et remontant moins haut; grand soulagement dans la respiration, pouls moins fréquent, plus développé, sommeil la nuit et commencement d'appétit. (Quatre pilules.)

Du 15 au 17. Maintien de la quantité d'urine à 1,600 grammes; diminution de l'anasarque, qui reste encore considérable, épanchement abdominal moins élevé; une nouvelle analyse de l'urine indique: couleur citrine, densité 1009; albumine, 3 pour 1,000; urée, 8,48; chlorure de sodium, 8,30. Dépôt de cylindres hyalins et de phosphates terreux. (Quatre pilules.)

Le 18. Le vase gradué porte la quantité considérable de 2,750 grammes d'urine (la malade ne buvait presque pas). Depuis hier, l'anasarque disparaît presque à vue d'œil, il n'y a plus qu'un œdème assez léger aux jambes et aux parois abdominales. (Quatre pilules.)

Du 18 au 21. La diurèse continue dans la même proportion (émission de 2,700 grammes). Mais il reste toujours un certain degré d'œdème aux extrémités inférieures et aux parois abdominales. Les fonctions digestives reprennent leur activité, la vue n'est presque plus troublée, la respiration libre. (Quatre pilules.)

Le 22. La diurèse continue, mais à un moindre degré (1,700 grammes). C'est que l'œdème et l'épanchement, à peu près disparus, ne lui fournissent plus d'aliments; il n'y a plus trace d'infiltration, si ce n'est un peu vers les malléoles et à la face dorsale du pied. La face a un aspect plus franc, plus coloré, sauf un peu d'œdème aux paupières. La peau du corps est maintenant flasque, ridée, molle et commence à transpirer légèrement. (On supprime la scille.)

27 juillet. Depuis la suppression des pilules diurétiques, la malade continue toujours à rendre environ 1,300 grammes d'urine; l'œdème, loin de revenir, a achevé de disparaître. La santé générale est parfaite, sauf quelques troubles de la vue qui persistent.

Désormais la tâche de la médecine symptomatique est achevée, on va recourir au traitement curatif, et, avant de l'instituer, on constate l'état des urines: urines émises dans les vingt-quatre heures, 1,365 grammes; densité, 1011,5. Dépôt de globules sanguins et de débris épithéliaux; pas de cylindres hyalins; albumine en vingt-quatre heures, 7,37; urée, 16,17; chlorure sodique, 11,05.

On prescrit : acide gallique, 4,0 ; extrait de quinquina, 2,0, pour faire trente pilules, à prendre six par jour ; tisane de racine de garance (10 grammes pour 1,000).

Le 1er août. La clinique dut cesser, et nous remîmes le service en d'autres mains ; le traitement dut être continué, ainsi que l'observation. Le résultat fut lent à se produire ; j'ignore s'il fut complet, mais à la fin d'octobre on ne nota plus que des traces d'albumine avec un état de santé parfait.

P. S. Il y a quelques jours, Héloïse W*** est rentrée à la clinique, salle 33, n° 2. La maladie a récidivé, l'urine est assez albumineuse, mais cette fois l'œdème, beaucoup moins considérable, a cédé en quelques jours à une sueur produite par le séjour permanent du lit.

Nous ne donnons pas cette observation comme un exemple de guérison de la néphrite albumineuse par la scille. Nous voulons simplement établir que, sans elle, la malade serait morte d'asphyxie en quelques jours, ou plus tard par suite de crevasses cutanées et de décubitus. La diurèse rétablie a vaincu l'hydropisie, restitué aux grandes fonctions leur ressort et permis ultérieurement l'avénement du traitement curatif.

Nous allons donner, en les abrégeant par un résumé synthétique, quelques observations consignées avec détail sur les registres de la clinique.

Obs. II (Recueillie par M. Bernheim, interne). Le nommé S*** garçon meunier, âgé de quarante-neuf ans, est un ancien militaire qui a gagné, il y a vingt-cinq ans, en Afrique, outre plusieurs fièvres palustres, une affection dont il nie la cause spécifique, mais dont le résultat a été une perforation de la voûte palatine, du voile du palais et une destruction de la cloison nasale, le tout parfaitement et depuis longtemps cicatrisé.

A la suite d'une pneumonie contractée quatre mois avant son entrée à l'hôpital, se déclara, pendant la convalescence, un œdème qui s'est graduellement aggravé jusqu'ici (18 juillet 1863).

Etat actuel. On constate : figure pâle, gris argenté, sans expression, avec œdème élastique ; anasarque depuis les malléoles et les pieds jusqu'au ventre ; point d'ascite, point de trouble visuel ; rien du côté du poumon ni du cœur ; aucune douleur rénale, ni spontanée, ni provoquée ; aucun trouble cérébral. Urine citrine assez abondante, donnant sur 1,600 grammes : albumine, 5,80 ; urée, 34 ; chlorure sodique, 18 ; globules sanguins et cylindres hyalins dans le dépôt.

Ce sont là les indices d'une affection peu ancienne, peu profonde et surtout peu étendue en surface. Néanmoins, elle dure depuis trois mois et l'hydropisie est progressive.

On prescrit la limonade nitrique. Pendant une douzaine de jours l'œdème resta le même; les urines ne varièrent pas d'abord dans leur quantité ni dans leur composition; vers la fin de juin elles augmentèrent notablement (2,840 grammes), en même temps l'albumine tomba de 5,8 à 3,80. A partir de ce jour nous notons une diminution rapide de l'anasarque, mais avec des oscillations et des retours offensifs.

Vers le 10 juillet l'œdème a disparu, les forces reviennent, le malade se lève toute la journée. Les urines sont moins abondantes (à raison de la disparition de l'hydropisie). L'albumine a encore diminué de 1 gramme environ; plus de globules sanguins ni de cylindres hyalins. Le malade marche rapidement vers la guérison.

15 novembre. Le malade, resté en observation dans nos salles depuis quatre mois, est aujourd'hui revenu à son ancienne vigueur; avant de le congédier, on analyse une dernière fois ses urines, qui sont complétement normales, sans aucune trace d'albumine.

Voilà encore un malade qu'une diurèse abondante a sauvé de l'hydropisie d'abord et conduit ensuite à la guérison finale.

A ces observations j'en pourrais joindre un certain nombre d'autres, prises également dans ma division; mais, se ressemblant pour le fond, elles ne prouveraient ni plus ni moins, ni autre chose que les précédentes. D'un autre côté, mon savant collègue de la clinique, M. le professeur Schutzenberger, a suivi dans un grand nombre de cas une méthode analogue, sinon tout à fait semblable. Préoccupé sans doute du désir d'agir à la fois sur l'hydropisie par les diurétiques et sur l'élément épithélial par les astringents, il combine ensemble la scille et le tannin, s'adressant à la fois à la lésion et au symptôme. Nous procédons par les mêmes idées, mais nous les appliquons successivement et nous n'arrivons aux astringents qu'après la disparition de l'hydropisie par les diurétiques; pure question de méthode.

Comme spécimen de celle de mon collègue, M. Schutzenberger, je lui emprunte l'observation suivante recueillie par M. Beylot.

Obs. III. *Maladie de Bright guérie par la scille unie au tannin.* Nous résumons :

Catherine L***, vingt-huit ans, couturière, entre à la clinique le 23 mars 1862. Sans cause prédisposante, ni hygiénique, ni pathologique, et à la suite d'une série de refroidissements, cette femme,

d'une bonne constitution, fut prise, huit jours avant son entrée à l'hôpital, des premiers symptômes d'un œdème aux pieds, lequel s'étendit bientôt aux cuisses et au tronc. Cet état fut encore constaté à l'entrée de la malade : sa face est bouffie, l'œdème s'est étendu aux membres supérieurs, en passant par la région lombaire ; on ne note aucune douleur à cette région. Rien de saillant dans les autres organes.

Les urines peu abondantes, légèrement troubles, précipitent par la chaleur et l'acide nitrique, contiennent 5 pour 1,000 d'albumine, 12 d'urée, 5 1/2 de chlorure sodique et déposent des globules sanguins et des cylindres fibrineux. C'est là évidemment une néphrite assez aiguë, encore dans sa période congestive ; et cependant, sans s'arrêter à la crainte d'agir dans le sens de l'irritation, on administre : 1° une potion diurétique avec acétate de potasse liquide ; 2° des pilules d'extrait de scille et tannin ââ 0,05, à prendre trois à neuf par jour. Quelques ventouses scarifiées sont appliquées aux reins ; le traitement, continué pendant quelques temps et graduellement renforcé en portant les pilules à neuf, fut suivi d'un succès complet. La diurèse se rétablit d'abord, les globules sanguins et les cylindres disparurent ensuite, l'albumine plus tard, et la guérison s'effectua au mois d'avril.

Ainsi l'acuïté de la maladie et la congestion rénale ne sont pas une contre-indication absolue de la médication diurétique.

En exposant les réflexions pratiques par lesquelles nous commençons ce travail, et en produisant les faits qui le terminent, nous désirons être bien compris.

Nous n'avons pas la prétention d'édifier sur quelques faits la pratique tout entière de l'albuminurie. A notre âge et dans notre position on n'est plus aussi absolu.

Nous avons simplement voulu rappeler que l'anurie et l'hydropisie constituent un des grands dangers de la maladie et une des indications les plus pressantes de la pratique ; nous avons voulu montrer ensuite, par les faits et le raisonnement, que les diurétiques ne peuvent exercer aucun des effets nuisibles que la théorie leur attribue, et finalement que leur action, non-seulement enlève une des complications les plus graves de la maladie, mais qu'elle prépare la guérison radicale. Elle la prépare, croyons-nous, non-seulement en permettant aux malades de vivre assez longtemps pour attendre l'intervention du traitement curatif, mais en dégorgeant le rein par la diurèse et peut-être aussi en facilitant l'absorption des médicaments entravée par l'ascite.

C'est pour cette raison que nous faisons précéder les autres médications par les préparations scillitiques. Nous donnons volontiers ensuite les astringents, surtout le tannin et l'acide nitrique, dont nous avons observé dans ces derniers temps d'assez bons résultats. Ce qui est certain, en tout cas, c'est que la méthode diurétique prolonge l'existence de ces malades; nous en avons toujours dans les salles un certain nombre que la récidive hydropique menace et que le rétablissement de la diurèse ramène à leur état habituel, qui, en général, est très-supportable.

Pour en finir, nous dirons que la scille, après de nombreuses et exactes observations, nous paraît de beaucoup le plus puissant des diurétiques; rarement elle nous a fait défaut, rarement aussi nous l'avons vu produire des effets irritants, même à la dose de dix pilules (ou 5 centigrammes d'acide et extrait); quelques nausées passagères, quelquefois un peu de diarrhée, sont les seuls effets immédiats.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Recherches pratiques sur les hémorrhagies post-puerpérales tardives.

Par M. le docteur Lizé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Mans.

Parmi les traités d'obstétrique les plus récents, les uns oublient complétement, les autres mentionnent à peine les hémorrhagies survenues à une époque éloignée de l'accouchement. Éclairé par les documents puisés dans les recueils spéciaux, je pourrais peut-être construire un mémoire assez complet sur un sujet déjà étudié par le docteur Clintock; mais à défaut de matériaux suffisants pour entreprendre un semblable travail, qu'il me soit loisible d'en tracer la simple ébauche avec quelques faits observés dans ma pratique, et surtout avec ceux que j'ai recueillis à différentes sources.

Les hémorrhagies post-puerpérales tardives reconnaissent des causes multiples et dont l'influence se fait sentir plus ou moins longtemps après la délivrance et la rétraction entière de l'utérus. Dans l'opinion de Mme Lachapelle, le nom d'*hémorrhagie après l'accouchement* doit être réservé à toute perte plus considérable que ne doivent être les lochies, et moins distante de l'état de couches que ne doit être le premier retour de l'évacuation menstruelle. Je crois qu'il est peu rationnel de renfermer l'hémorrhagie post-puerpérale entre des limites fixes et trop restreintes. Ainsi

la première éruption sanguine, quand elle se manisfeste avant la fin du premier mois qui suit la couche, quand elle est très-abondante et prolongée, peut fort bien être mise au rang des hémorrhagies, malgré l'opinion contraire de Mme Lachapelle. En effet, vers cette dernière époque, l'économie n'est pas encore soustraite à l'influence de la puerpéralité, puisque les recherches de M. Wieland ont naguère montré que l'organe de la gestation met soixante et dix à quatre-vingts jours à reprendre l'état qu'il avait avant la parturition. Suivant Cazeaux, l'utérus reste longtemps après l'accouchement un centre de fluxion vers lequel convergent les troubles généraux de l'organisme ; or la première congestion menstruelle peut très-bien agir sur le tissu de la matrice, encore engorgé, de façon à produire une véritable perte.

Cazeaux reconnaît à juste titre que les hémorrhagies post-puerpérales tardives dépendent d'une inertie secondaire, ou d'une congestion trop prononcée de l'utérus, ou bien encore d'une altération du sang qui aura eu pour effet d'augmenter sensiblement la fluidité de ce liquide. Elles peuvent aussi être produites par la rupture tardive d'un trombus du vagin ou du col utérin.

I. *Hémorrhagies post-puerpérales tardives causées par inertie secondaire.* — L'inertie utérine peut se manifester immédiatement après la délivrance, et alors elle est *primitive*, ou bien elle peut survenir longtemps après l'accouchement, et dans ce cas elle forme une inertie appelée *secondaire*, sur laquelle Ramsbotham a particulièrement fixé l'attention. Quelques heures, plusieurs jours même après la délivrance, la matrice, qui était restée en état de rétraction pendant tout ce temps, peut tout à coup se relâcher, et alors ses parois deviennent plus molles et son volume prend de l'amplitude. Dès ce moment, la malade pâlit, s'affaiblit, et si l'on comprime doucement la tumeur utérine, il s'échappe du vagin une quantité notable de sang coagulé. Après cette expulsion, la matrice diminue de volume, et reste dure tant qu'elle est comprimée ; mais sitôt que la compression cesse, ses parois se relâchent de nouveau pour se rétracter encore sous la main qui stimule le fond de l'organe. Afin d'éviter la reproduction de semblables phénomènes, il est indispensable de fixer positivement le diagnostic par un examen sérieux de l'utérus. On le trouve alors *mollasse*, dit M. Cazeaux, beaucoup plus volumineux qu'il ne l'était avant la délivrance, et en portant le doigt jusqu'à l'orifice interne, on le trouve bouché par un caillot plus ou moins volumineux.

Traitement. — Quand l'accoucheur se trouve en présence d'une

hémorrhagie par inertie secondaire, il doit solliciter promptement la rétraction de l'utérus au moyen du massage de cet organe, de l'introduction de la main dans sa cavité, comme le veut Gardien, des réfrigérants et surtout de l'usage du seigle ergoté. Mais il ne suffit pas d'amener la rétraction des parois utérines ; une fois qu'elle est obtenue, il faut à tout prix la rendre permanente. Dans ce but, à l'exemple d'Alphonse Leroy, on établit une compression exacte sur le fond de la matrice, suivant la direction du détroit supérieur, avec *une compresse en pyramide imprégnée d'alcool* et maintenue fortement par une ceinture appliquée non sur les flancs, mais autour des hanches. En outre la position horizontale doit être fidèlement gardée par la malade qui, suivant le conseil de M. Cazeaux, doit immédiatement absorber 1 gramme de seigle ergoté, puis continuer à prendre 30 ou 40 centigrammes de cette substance toutes les demi-heures ou toutes les heures, selon que l'organe a plus ou moins de tendance au relâchement. On peut encore employer avec fruit *la compression du corps de l'utérus avec les deux mains*, moyen fort utile inventé par Levret, et trop négligé de nos jours, malgré les services qu'il rendit à Mme Lachapelle et surtout à Millot, de Dijon, qui le mettait au-dessus de toutes les autres méthodes. Ce dernier accoucheur fait succéder à la pression des mains celle d'une serviette pliée en seize doubles, imbibée de vinaigre et désignée sous le nom de *carreau*, qu'il maintient sur l'hypogastre par une ceinture fortement serrée. Pendant mon internat à la Maternité d'Angers, j'ai fréquemment vu mon savant maître et ami Négrier recourir à cette pratique avec avantage, en y ajoutant le tampon qu'il préconisait, malgré sa défaveur, dans les hémorrhagies post-puerpérales. Suivant cet habile accoucheur, le concours de ces deux moyens enferme l'utérus au milieu des parois inextensibles de l'excavation pelvienne ; l'organe gestateur est soutenu en bas par le tampon et comprimé en haut par la compresse et la ceinture, de manière à être *enfoncé* dans le bassin. Sans être aussi partisan du tampon que M. Négrier, j'estime beaucoup la manière de faire de Millot, de Dijon, que j'ai mise à profit dans différentes circonstances.

J'ai dit plus haut qu'il était nécessaire d'effectuer promptement la rétraction utérine, afin de conserver à la patiente un reste de force qui s'échappe trop vite ; mais il n'est pas toujours aisé d'obtenir un résultat aussi heureux. La prudence exige alors de gagner du temps par un moyen qui a été diversement apprécié, je veux dire la *compression de l'aorte*. Cette ressource n'est assurément pas

propre à terminer l'hémorrhagie, mais elle est une barrière en face de la mort qui s'avance rapidement, et elle donne le temps au médecin d'obtenir par les moyens efficaces le retrait de l'utérus, qui seul doit mettre fin à l'écoulement du sang. Tout en admettant l'utilité de la compression aortique avec MM. Chailly et Cazeaux, dans les hémorrhagies qui surviennent peu de temps après l'accouchement, je serais cependant porté à considérer cette méthode comme beaucoup moins favorable dans les pertes tardives. Il faut expliquer cette restriction. Immédiatement après l'issue du produit, la paroi abdominale est souple et relâchée ; les intestins, refoulés en haut, n'ont pas encore repris leur position habituelle, et il existe entre eux et le fond de l'utérus un vide où la main peut plonger avec aisance pour comprimer efficacement l'artère sur la colonne vertébrale. Mais quand l'hémorrhagie n'apparaît que huit à dix jours après l'accouchement, les conditions sont loin d'être aussi avantageuses ; les parois abdominales, moins flasques, sont graduellement revenues sur elles-mêmes ; les viscères ont repris leurs rapports normaux, les intestins, devenus libres, souvent distendus par les gaz, développent l'abdomen, et alors il ne semble guère possible de trouver l'aorte sans difficulté et de la comprimer sans occasionner de la douleur. Quoi qu'il en soit, en cas de péril imminent, mieux vaut encore essayer un moyen qui, pour être gênant, n'est pas dangereux, et la responsabilité médicale, parfois si lourde, doit l'accueillir malgré la proscription trop absolue dont l'ont frappé MM. Négrier, d'Angers, et Bonnet, de Poitiers.

D'ailleurs, il est plus juste de glisser à côté de la théorie dans les questions de cette nature, afin de donner la supériorité aux faits. Dans une lettre adressée à l'Académie des sciences par M. le docteur Duhamel, au sujet des avantages de la compression de l'aorte comparée à la transfusion, cet honorable médecin relate un fait d'hémorrhagie survenue dix jours après la parturition et qui put être arrêtée, grâce à l'emploi de la compression aortique. Il faut sans doute, avec l'auteur, ajouter que cette compression fut difficile à cause de la résistance des parois abdominales, qu'elle fut fatigante, puisqu'elle a exigé quatre ou cinq heures de durée; mais que sont tous ces inconvénients en présence d'une vie sauvée ? Comme on le verra plus loin, M. Plouviez, de Lille, cite un fait analogue.

La compression aortique, même dans les hémorrhagies post-puerpérales tardives, doit donc être mise au rang des ressources ultimes que le médecin ne doit pas négliger, attendu que si elle

n'est pas toujours efficace, jamais elle n'entraîne aucun danger. Son emploi ne serait d'ailleurs, à tout prendre, dit M. Chailly, qu'une précaution inutile.

Parmi les moyens susceptibles de réveiller l'action contractile de l'utérus, en cas d'inertie secondaire, il est encore bon de ne pas mettre en oubli une méthode préconisée naguère en Angleterre et peu expérimentée chez nous, je veux parler de la *galvanopuncture*, heureusement mise en œuvre par M. le docteur Thomas Radfort, médecin consultant à l'hôpital d'accouchements de Manchester. A défaut de l'appareil électro-magnétique de cet habile accoucheur, on pourrait fixer une des aiguilles d'une pile voltaïque dans le col et l'autre dans le fond de l'utérus, à travers la paroi abdominale, et sous le courant électrique, l'organe gestateur pourrait se contracter efficacement, ce qui donnerait aux vaisseaux béants la liberté de se fermer d'une manière définitive.

M. Béraud a communiqué à la Société de chirurgie (octobre 1861) l'observation d'un cas de rétention du placenta traité par M. Kuhn à l'aide de l'électricité. Une femme multipare, et bien conformée, après être accouchée naturellement, quoique lentement, vit la délivrance retardée par une *inertie utérine*, dont tous les moyens ordinaires ne purent triompher. Après dix-huit heures d'attente, M. Kuhn recourut à l'électrisation des parois utérines. Il se servit à cet effet de l'appareil de Legendre et Morin, introduisit une sonde d'argent dans le col et plaça l'autre pôle sur l'abdomen. Le courant était à peine établi, que les contractions utérines se produisirent et que le placenta fut expulsé. En appréciant ce fait, MM. Depaul et Verneuil ont admis l'efficacité de l'électrisation dans les cas de ce genre, et tous les deux pensent que les praticiens sont suffisamment autorisés à répéter la tentative heureuse de M. Kuhn.

Dans l'inertie secondaire l'électricité est d'autant plus utile, qu'elle met également en jeu la contractilité et la rétractilité de l'utérus; en outre, les contractions qu'elle provoque, loin d'être continues, tétaniques, comme celles qui résultent de l'administration du seigle ergoté, sont suivies d'un relâchement complet, à l'instar des contractions spontanées.

Obs. I. *Hémorrhagie par inertie utérine, survenue quelques heures après l'accouchement.* — Le 10 février 1856, une femme du service de M. Depaul (hôpital des cliniques) est accouchée très-heureusement, et presque sans s'en apercevoir, d'un enfant pesant 4,050 grammes. *Trois heures après sa délivrance*, l'utérus, devenu volumineux, perd environ un litre de sang. Cette couche était sa

troisième, et dans les deux couches qui l'avaient précédée, les choses s'étaient passées exactement de la même manière sous tous les rapports.

Obs. II. — Le 14 mars 1856, une seconde malade (service de M. Depaul) accouche avec la même rapidité d'un enfant également volumineux. *La délivrance a lieu vers midi ; à trois heures la matrice, rétractée très-incomplétement*, donne lieu à une perte notable que le seigle ergoté supprime d'une façon définitive.

Obs. III. — Le 1er avril suivant (toujours dans le service de M. Depaul), une femme accouche, après trois heures de douleurs, d'un enfant pesant 4,150 grammes. *Au bout de quelques heures, perte consécutive*, refoulement de l'organe utérin en haut par les caillots qui remplissent le vagin, pouls petit, fuyant, pâleur extrême. Après l'extraction des caillots par M. Depaul, la matrice a exécuté un retrait prononcé, et sous l'influence de la poudre de seigle ergoté, l'hémorrhagie s'est arrêtée pour ne plus revenir.

Voilà trois exemples d'hémorrhagies par inertie utérine survenues quelques heures après la délivrance ; il est inutile d'en multiplier le nombre, parce que, sans être fréquents, ils ne sont pas très-rares et parce que la nature de mon sujet exige de mettre plutôt en relief les hémorrhagies arrivées quelques jours après l'accouchement.

Obs. IV. — *Hémorrhagie après un accouchement double, effectué trop rapidement ; récidive au sixième jour des couches par suite d'inertie secondaire.* — Mme B***, rue Navarin, trente-deux ans, lymphatique, pleine d'embonpoint, enceinte pour la troisième fois, ressent les premières douleurs de l'enfantement le 28 décembre 1857, à huit heures du matin. Le lendemain, vers dix heures du soir, après un travail long et pénible, la sage-femme reçoit deux enfants du sexe féminin, qui viennent à dix minutes d'intervalle. Immédiatement après l'extraction trop précipitée des placentas survient une hémorrhagie considérable, pour laquelle je suis appelé en toute hâte. Le massage de l'utérus, la titillation de son col avec le doigt, le seigle ergoté fraîchement pulvérisé font cesser un accident aussi redoutable. Pendant les cinq premiers jours, quoique la matrice demeure assez volumineuse et molle, tout se passe assez bien ; mais après la poussée vers les seins, *le sixième jour qui suit l'accouchement*, une inertie nouvelle permet à l'organe utérin d'acquérir une amplitude énorme et le flux sanguin reparaît en abondance. La rétraction des parois utérines est derechef obtenue avec les deux mains qui compriment longtemps le corps de la matrice poussée

vers l'excavation pelvienne, moyen fort utile et trop négligé depuis Millot, qui l'a conseillé le premier. Afin de rendre définitive cette rétraction, j'applique sur le fond de l'utérus plusieurs serviettes pliées les unes sur les autres, et avec un bandage de corps mis par-dessus et fortement serré, je maintiens l'organe solidement pressé contre l'entrée du détroit supérieur. Dans le même but, 40 centigrammes de seigle ergoté sont administrés à la malade toutes les heures.

Le 6 janvier, l'hémorrhagie est disparue, et, le 13, la matrice est presque totalement rentrée dans le bassin.

Il est aisé de voir ici que les choses n'ont pas suivi la marche ordinaire. En effet, une observation attentive permet de reconnaître que, dans la majorité des cas, la rétraction utérine, très-manifeste et à peu près continue jusqu'au troisième jour environ, se relâche médiocrement pour reprendre bientôt; puis, qu'elle cesse encore pendant un certain laps de temps pour exercer finalement son influence jusqu'à ce que la matrice ait repris ses dimensions normales. Or, ici, rien de semblable; la rétraction est insensible jusqu'à la fièvre de lait, et, après les accidents fébriles, un relâchement notable apparaît sans être suivi d'une rétraction nouvelle; aussi une large porte est-elle ouverte à l'émission du sang.

Il n'est pas nécessaire d'ajouter que cette inertie secondaire de l'organe utérin tient à un défaut de rétractilité des tissus. En effet, tout s'enchaîne dans l'ordre de phénomènes que je viens de décrire; la distension extrême de la matrice par la présence de deux fœtus, la durée du travail, ont fait perdre à ce viscère une grande partie de ses propriétés contractiles; or, comme presque toujours sa rétractilité s'opère en raison directe de la puissance de sa contractilité, dans l'espèce elle devait être presque nulle, et l'inertie secondaire devait survenir avec l'inflexibilité d'une loi physiologique, malgré l'action préalable du seigle ergoté. On peut avouer aussi que, si l'utérus eût été désempli graduellement et non brusquement, comme cela eut lieu, la rétractilité se fût peut-être exercée dans une mesure convenable.

Obs. V. *Insertion partielle du placenta sur le col utérin. — Hémorrhagie le troisième jour après l'accouchement.* — La fille Rosalie P***, vingt-cinq ans, d'une forte constitution, parvenue au terme de sa première grossesse, éprouve depuis quelques jours des hémorrhagies inquiétantes. Elle entre à la Maternité le 2 juillet 1857, et le toucher me fait aisément reconnaître un corps mou, spongieux, greffé sur le col utérin, principalement à droite. La tête du fœtus

se présente au détroit supérieur. Comme une nouvelle perte sanguine arrive, je procède de suite à la version, et, une fois la main soigneusement glissée à gauche et les membranes rompues, j'amène vite un enfant volumineux et privé de vie. La délivrance est faite sur-le-champ, d'après le sage conseil de M. Depaul; du seigle ergoté est administré sans retard, afin de prévenir une hémorrhagie subséquente. Le corps de l'utérus se contracte bien et rentre un peu dans l'excavation; le vagin est tamponné avec des fragments de linge fin imbibés d'eau vinaigrée.

Le 4 juillet, au matin, un écoulement très-notable de sang a lieu par la vulve; les morceaux de linge introduits dans le vagin sont enlevés et remplacés par des bourdonnets de charpie qui, imprégnés de perchlorure de fer liquide, sont engagés jusque dans le col utérin et dans la cavité vaginale. Le corps de l'utérus est comprimé dans la direction de l'axe du détroit supérieur, au moyen d'une grosse compresse mouillée d'alcool et fixée par un étroit bandage de corps. Les choses restent dans cet état jusqu'au 5 juillet au soir, puis j'enlève le tampon. Les jours suivants n'offrent rien de remarquable; le dégorgement lochial a ses caractères ordinaires, et la malade ne tarde pas à se rétablir.

Cette observation confirme bien l'opinion de Rigby et de Mme Lachapelle, qui regardent l'insertion *cervico-placentaire* comme la cause la plus incomparablement fréquente des *hémorrhagies persistantes* après la gestation. Evidemment ici, l'action de l'ergot et du tamponnement vaginal a eu pour effet de prévenir une hémorrhagie après la terminaison de l'accouchement; mais sitôt que cette heureuse influence ne se fit plus sentir, le sang ne tarda pas à reparaître. La perte sanguine était manifestement fournie par le col si vasculaire de l'utérus, puisque le corps de cet organe était dur et bien revenu sur lui-même. Pour expliquer son apparition tardive, il faut admettre un relâchement de l'orifice interne. En effet, le toucher permit de constater un col mou, flasque, tombant fort bas dans le vagin, et limité en haut par un orifice très-dilatable de plus de 2 centimètres de diamètre, en un mot, un col semblable à celui qui s'observe chez une femme accouchée depuis quelques heures. D'un autre côté, le sang provenait peut-être aussi de la cavité même du col, admettant que l'insertion partielle du placenta sur l'orifice supérieur se fut étendue au-dessous de lui, de manière à envahir tout le calibre de la portion cervicale supérieure. Cette dernière hypothèse est d'autant plus fondée, que le toucher, en explorant la cavité du col, reconnut une zone plus rude et offraut des mamelons un peu

saillants, ce qui indiquerait une surface d'insertion placentaire. Elle est encore admissible quand on sait que les insertions partielles du délivre sur l'orifice supérieur du col, et ici c'est le cas, contractent des adhérences qui s'étendent au-dessous du sphincter supérieur, ainsi que le démontrent les autopsies de Mme Lachapelle.

Pour faire disparaître l'accident entretenu par l'un et l'autre de ces deux états du col de la matrice, il fallait appliquer directement le tampon dans sa cavité, puis en même temps exercer la compression perpendiculaire sur le corps de l'organe, parce que le tissu du col, même sollicité par l'emploi du seigle ergoté, ne revient que très-lentement sur lui-même et par la seule action du retrait latent. En pareille occurrence, il sera donc urgent de suivre la pratique de mon savant maître Négrier, d'Angers, qui consiste à employer le *tamponnement obturateur du col utérin et du vagin conjointement avec la compression perpendiculaire sur le corps de l'utérus.* Ces deux moyens, employés séparément, peuvent être insuffisants, comme le remarquait naguère M. Brochin dans une de ses intéressantes revues cliniques hebdomadaires; mais quand ils sont mis simultanément en œuvre, leur efficacité n'est pas douteuse, et ils passent avant la compression aortique, qui est une ressource précieuse sans doute, mais éminemment dilatoire.

C'est le moment de rappeler que MM. Stein et Miquel (d'Amboise) proposent chacun un moyen susceptible de remédier à l'hémorrhagie utérine résultant de l'implantation du délivre au voisinage du col. Ces médecins font un véritable tampon avec une vessie d'animal introduite vide dans les organes, où on la distend ensuite, soit avec un liquide, soit avec de l'air. M. Stein exerce une compression sur la partie de l'utérus qui est libre dans le haut du vagin et met ainsi obstacle à l'écoulement du sang qui se fait par la face interne du col utérin. Le moyen proposé par M. Miquel diffère du précédent en ce que, au lieu d'introduire la vessie dans le vagin, c'est dans l'intérieur même de la matrice qu'il la fait pénétrer. En cas d'inertie, ce dernier mode de tamponnement est susceptible d'amener de graves inconvénients, parce qu'il peut dilater outre mesure les parois extensibles du col, et alors l'hémorrhagie, devenue interne, augmente au lieu de diminuer.

Je voudrais donner ici l'histoire détaillée de plusieurs autres faits analogues parce qu'ils sont rares, mais les sources me manquent, et je suis réduit à mentionner simplement ceux qui suivent : Fergusson cite un cas d'hémorrhagie grave survenue treize jours après la la délivrance (New-York, *Journal of medecine,* septembre 1850).

Collins, à l'hôpital de Dublin, relate trois cas analogues : dans l'un, la perte se manifeste le quatrième jour, dans un autre, le sixième, et, dans un dernier, le dixième jour. Les docteurs Clintock et Hardy en ont observé un au septième jour, et le docteur Stimever un autre au dixième jour.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du dosage des extraits narcotiques par la matière résinoïde.

Par M. Loret, pharmacien à Sedan (Ardennes).

Dans nos travaux sur la belladone (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1859-1862), nous avons dit : Eliminer les matières inertes des extraits narcotiques, c'est les rapprocher de leur véritable définition, les rendre plus solubles dans l'eau, détruire les principales causes de leur altération, par conséquent aider à leur conservation, leur enlever cette âcreté, toujours si désagréable, sans nuire aux principes actifs, permettre un dosage facile et toujours exact, les rapprocher de leur alcaloïde par l'identité et leur action constante; et, renfermant tous les principes actifs de la plante, ils peuvent, par conséquent, être préférés aux alcaloïdes.

Nous avons ajouté : les matières inertes, sous l'influence de la chaleur et de l'humidité, altèrent les principes actifs, et cette altération se manifeste plus particulièrement dans les poudres de feuilles, que dans les poudres des racines; et on peut supposer avec raison que la matière verte des plantes est une cause d'altération.

La matière verte des plantes, comme nous le savons, est formée par l'action de la lumière; cette action s'exerce même sur les racines des plantes herbacées, lorsqu'elles sont en présence de cet agent qui, dans la vie des plantes, fixe le carbone et sépare l'oxygène. Mais, lorsque la plante a cessé de vivre, l'oxygène détermine la décomposition des principes qui en constituaient la valeur. Cette décomposition est plus prompte en raison de la ténuité du tissu cellulaire et de l'action du soleil.

La matière verte des plantes est composée de chlorophylle et de principes qui lui sont intimement unis. Parmi ceux-ci, nous citons une matière résinoïde que nous considérons comme donnant naissance aux alcaloïdes, attendu qu'elle se rencontre dans toutes les plantes qui forment des alcaloïdes cristallisables ou non cristallisa-

bles; dans ces derniers, la matière résinoïde constitue seule le principe actif.

Toute cause qui tend à détruire cette matière résinoïde détruit le principe actif. C'est cette matière résinoïde, si intimement unie à la matière verte chlorophylle, qui faisait supposer une grande valeur à cette dernière. Mais la chlorophylle est une substance complétement inerte qui, par les éléments qui la constituent, aide à la décomposition de la matière résinoïde. En effet, si on expose la chlorophylle en couches minces au soleil, pendant un temps suffisant à sa décomposition, elle se dessèche, prend une teinte brune, devient insoluble dans l'alcool et dans l'éther, tandis qu'elle est en partie soluble dans l'eau à 80 degrés. Sa dissolution est une matière brune foncée, qui présente les caractères d'un extractif altéré, ou plutôt dissous par un alcali.

L'extractif existe tout formé dans la plante fraîche, où il est incolore; mais par la dessiccation de la plante, cet extractif prend une couleur brune plus ou moins foncée, en raison de son altération produite soit par la lumière, soit par l'oxygène, soit par l'humidité, ou mieux par la décomposition des substances organiques azotées que renferment les cellules des plantes.

Nous pouvons donc nous expliquer pourquoi les plantes desséchées nous donnent des extraits d'autant plus foncés, qu'elles sont plus altérées par la dessiccation.

En effet, une plante fraîche donne une infusion à peine colorée, et qui jouit de toutes les propriétés de cette plante; mais cette infusion s'altère par le temps, et cette décomposition est en raison de sa coloration brune. Dans certaines plantes, cette action désorganisatrice est beaucoup plus prompte; ainsi, le suc du *rhus radicans* devient noir par son contact avec l'air, et ne représente pas la valeur de la plante; il nous paraît inutile de rechercher cette même valeur dans la plante desséchée, attendu que cette altération a été produite pendant la dessiccation.

D'après ce qui précède, nous nous sommes demandé si cette altération, due à la dessiccation des plantes, ne devait pas être plus sensible dans les extraits; et, pour cela, nous avons comparé la couleur plus ou moins foncée comme indice de la décomposition des principes actifs.

Sachant qu'en agitant une solution aqueuse d'extrait avec l'éther sulfurique, l'extractif se sépare de cette solution, nous avons recherché la couleur plus ou moins foncée de cet extractif dans les extraits narcotiques récemment préparés avec les plantes fraîches, et évaporés soit dans le vide, soit au bain-marie, et nous avons

obtenu les résultats suivants : les extraits évaporés dans le vide présentent un extractif d'une apparence blonde gommeuse gélatiniforme; mais par le temps, et en raison de leur état hygrométrique, ces mêmes extraits donnent un extractif coloré en brun. Cette couleur brune est cependant moins foncée que celle de l'extractif des mêmes extraits préparés récemment, mais dont l'évaporation est due au bain-marie.

Par ce mode d'évaporation au bain-marie, l'extrait a déjà subi une altération au détriment des principes actifs, et nous confirme qu'un extrait évaporé dans le vide ou au bain-marie est d'autant plus actif, qu'il est préparé récemment, et que la couleur plus ou moins foncée de l'extractif peut indiquer son degré d'altération.

Malgré ces considérations sur les plantes desséchées, nous n'ignorons pas que ces plantes sèches sont indispensables, et qu'on peut suppléer à l'inconstance de leurs poudres, en les renouvelant souvent.

Mais il n'en est pas de même des extraits préparés avec les plantes fraîches; afin d'éviter tous les éléments de décomposition, on doit séparer toutes les substances qui peuvent nuire à leur conservation, et l'inconstance de ces extraits actifs est due à la décomposition des substances azotées que renferme la chlorophylle. En effet, lorsque la chlorophylle est séparée des extraits de sucs dépurés, ou des extraits hydro-alcooliques, les extraits sont identiques, et par cela même constants.

En éliminant la chlorophylle des extraits narcotiques, on pouvait supposer que ces extraits étaient moins actifs, attendu que la matière verte des plantes avait acquis une grande valeur dans les extraits de sucs non dépurés; mais cette valeur n'était due, comme nous l'avons dit plus haut, qu'à l'union intime de la matière résinoïde à la chlorophylle.

Les extraits narcotiques de la pharmacopée prussienne, par la quantité de chlorophylle qu'ils retiennent, peuvent être comparés pour leur action inconstante aux extraits de sucs non dépurés; seulement l'altération en est moins prompte, en raison du véhicule conservateur.

En établissant la valeur comparative des extraits hydro-alcooliques de la pharmacopée prussienne avec les extraits hydro-alcooliques privés de chlorophylle, on reconnaît :

1° Que les extraits de la pharmacopée prussienne ont un rendement beaucoup plus considérable, attendu que le mode de préparation consiste à épuiser les plantes par l'alcool et par l'eau;

2° Que ces extraits sont peu solubles dans l'eau, car la solution en est troublée par la chlorophylle;

3° Que ces extraits ne retiennent pas l'odeur de la plante qui a servi à les préparer, et qu'ils sont d'une âcreté désagréable.

Les extraits privés de chlorophylle et de matières inertes ont un faible rendement. L'évaporation dans le vide donne :

10 k. plantes fraîches de	belladone donnent,	extrait évaporé dans le vide,	320 gr.
—	d'aconit,	—	325 gr.
—	ciguë,	—	292 gr.
—	digitale,	—	380 gr.
—	jusquiame,	—	285 gr.
—	datura,	—	273 gr.

Ces extraits ont l'odeur caractéristique de la plante qui les a fournis, sont sans âcreté à la gorge, sont entièrement solubles dans l'eau froide et l'alcool faible; la solution est limpide.

Les sirops préparés avec ces extraits ne sont pas fermentescibles lorsque la solution de ces extraits a été faite à l'eau froide.

Le faible rendement de ces extraits peut faire craindre une action plus énergique que les extraits alcooliques du Codex. Les résultats comparatifs avec les extraits de la pharmacopée prussienne ne laissent aucun doute sur la valeur thérapeutique, et permettent de les employer aux mêmes doses.

M. le docteur Ansiaux, directeur de l'Institut ophthalmique de Liége, a employé dans la photophobie l'extrait de ciguë privé de chlorophylle, aux doses suivantes :

Pr. Extrait de ciguë privé de chlorophylle, etc.	8 grammes.
Eau distillée de menthe..............	16 grammes.
— de laurier-cerise..........	16 grammes.

F. S. A.

Quatre grammes de cette solution par jour, en quatre fois, dans un peu d'eau sucrée; en augmentant de 20 centigrammes de cette solution quotidiennement, on peut administrer par jour, de la même manière, 7 à 8 grammes de cette solution; mais cette dose est souvent inutile, parce qu'après trois ou quatre jours la photophobie diminue, et souvent cesse. Cependant ce médicament doit encore être continué pendant quelque temps à la dose de 6 grammes par jour, en quatre fois.

Un enfant de dix ans, après cinq jours de ce traitement, put ouvrir les yeux, qu'il tenait fermés depuis plusieurs mois.

Une femme de vingt-cinq ans, atteinte d'une photophobie intense, put ouvrir les yeux après sept jours.

Il est d'autres expériences que nous croyons inutile de citer.

Il nous suffit de savoir que cet extrait peut être employé aux mêmes doses que les extraits hydro-alcooliques de la pharmacopée prussienne, que l'élimination des matières inertes n'est pas au détriment des principes actifs.

100 grammes extrait hydro-alcoolique de ciguë privé de matières inertes contiennent, matière résinoïde........ 1gr,08

Les extraits d'aconit, jusqu'à ce jour, n'ont pas eu la valeur qu'on devait en attendre, et l'inconstance de ces préparations en a fait éviter l'emploi. Après les extraits, les teintures alcooliques, on a donné la préférence aux alcoolatures. En effet, ces préparations représentent mieux la valeur de la plante; mais en éliminant de ces préparations la chlorophylle, les principes actifs se trouvent mieux représentés.

Le choix de la plante, sauvage ou cultivée, pouvait être encore une cause d'inconstance; il était important de nous renseigner sur la valeur de la plante cultivée, et en comparant des extraits hydro-alcooliques de Suisse avec ceux que nous préparons avec les plantes cultivées, nous avons pu établir que les extraits d'aconit évaporés dans le vide et préparés avec les plantes cultivées étaient supérieurs en principes actifs (matière résinoïde renfermant des cristaux d'aconitine), et que ces extraits conservent plus longtemps l'odeur caractéristique de la plante, qu'ils sont moins altérables que les extraits hydro-alcooliques préparés en Suisse et évaporés au bain-marie.

100 grammes extrait d'aconit, feuilles cultivées, évaporés dans le vide, donnent, matière résinoïde.............. 0gr,62
100 grammes extrait hydro-alcoolique d'aconit (préparé en Suisse) évaporés au bain-marie, donnent, matière résinoïde. 0gr,29

(*La fin au prochain numéro.*)

De la calabarine, ou physostygmine, nouvel alcaloïde obtenu de la fève de Calabar (1).

Les propriétés très-énergiques que possède la fève de Calabar (*physostygma venenosum*) ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un alcaloïde plus actif encore que celui de la noix vomique. Cette constatation ne pouvait tarder à se produire; elle vient d'être faite par MM. Jobst et Hesse, de Stuttgardt. Ces chimistes ont soumis à une

(1) Les chimistes allemands, auteurs de la découverte du nouvel alcaloïde, proposent de lui donner le nom de *physostygmine*; celui de *calabarine*, que nous proposons, est si euphonique, si facile à se rappeler, que je ne doute pas qu'il ne soit adopté de préférence dans notre littérature. D.

série de recherches la fève de Calabar, et, d'après les données de leur examen, il résulte que le principe actif de ces semences serait contenu dans les cotylédons seulement. Ils l'ont obtenu en traitant les fèves par l'alcool, puis, reprenant par l'éther le résidu restant après évaporation de la solution alcoolique. La solution éthérée, évaporée à son tour, a laissé la *physostygmine* pure (*calabarine*). La physostygmine est en masse jaune brunâtre, amorphe et, dans le principe, séparée sous forme de gouttes huileuses. Elle est facilement soluble dans l'ammoniaque, la soude caustique et carbonatée, l'éther, la benzine et l'alcool, moins soluble dans l'eau froide. Elle est entièrement précipitée de sa solution éthérée par le charbon animal. La solution aqueuse a une saveur faiblement brûlante, une réaction nettement alcaline; elle donne un abondant précipité rouge brun avec le bi-iodure de potassium, et un précipité d'oxyde hydraté dans une solution de chlorure de fer; fondu avec l'hydrate de potasse, elle dégage des vapeurs qui ont une réaction fortement alcaline. Les acides la dissolvent facilement et donnent lieu à des solutions de sels qui ont une couleur le plus souvent rouge sombre, et plus rarement bleu sombre. L'hydrochlorate de physostygmine donne des précipités blanc rougeâtre avec le tannin; jaune pâle, avec le chlorure de platine; bleuâtre, avec le chlorure d'or,—une réduction ayant lieu; blanc rougeâtre, avec le bichlorure de mercure. Vingt et une fèves ne donnèrent qu'une petite quantité d'alcaloïde.

Deux gouttes d'une solution aqueuse de l'alcaloïde, mises sur l'œil, firent contracter la pupille au bout de dix minutes, à un vingtième environ de son diamètre primitif; elle resta dans cet état pendant une heure; au bout de quatre à six heures, elle avait repris ses dimensions primitives.

Prise à l'intérieur, la physostygmine est aussi vénéneuse que les cyanures les plus dangereux. Une quantité de l'alcaloïde correspondante à une fève ayant été administrée à un lapin, au bout de cinq minutes l'animal tomba, resta sans mouvement, et succomba vingt-cinq minutes après, soit une demi-heure après avoir ingéré le poison.

La physostygmine détermine la contraction de l'iris même sur l'œil d'un animal mort déjà depuis quelque temps. Deux gouttes de la solution aqueuse ayant été déposées sur l'œil d'un lapin une heure après qu'on l'eut tué par un moyen mécanique, on reconnut que la pupille se contracta d'un quart comparativement à celle de l'œil opposé. Un lapin mis à mort au moyen de la physostygmine ne présenta pas ce phénomène; mais on put le constater à un faible

degré chez un autre animal empoisonné par le cyanure de potassium. D'où l'on voit que les muscles, même après la mort, sont encore susceptibles d'être influencés spécifiquement, et non-seulement par le courant galvanique, mais aussi par la physostygmine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur un nouveau pain de gluten à l'usage des diabétiques.

La notoriété médicale est depuis longtemps unanime pour reconnaître que l'ingestion des aliments féculents est pernicieuse aux glycosuriques; aussi, depuis les travaux de John Rollo (1), cherche-t-on par tous les moyens à diminuer la quantité de ces féculents dans l'alimentation des sujets dont l'urine contient de notables proportions de sucre.

Il est très-difficile d'arriver à un bon résultat dans cet ordre d'idées; en effet, quand on défend le pain à un diabétique, on le voit le plus souvent transgresser cette prescription, trop difficile et trop pénible à exécuter, quel que soit d'ailleurs son désir de guérir. M. Bouchardat, qui s'est si heureusement occupé du diabète, et qui est, sans doute, celui qui a fait le plus pour la connaissance et le traitement de la maladie dans les temps actuels, en a été frappé depuis longtemps, puisqu'il écrivait dans son supplément à l'Annuaire de thérapeutique de 1846 : « la privation du pain et des aliments féculents est vivement sentie par les malades affectés de glycosurie, et si on ne trouvait le moyen de tromper ce désir, très-peu résisteraient à cette incessante tentation. »

Pour tromper cette appétence des féculents et pour diminuer, par conséquent, le plus possible, la source de la glycose urinaire, M. Bouchardat proposa, en 1841, un moyen qui fut alors et qui est encore aujourd'hui un grand progrès : « Je pensai, dit-il immédiatement, à faire préparer avec ce principe (le gluten) un aliment susceptible de remplacer le pain... Nous voulions jadis faire entrer la plus grande quantité possible de fécule dans le pain ; je désirais aujourd'hui en obtenir un contenant la moindre proportion possible de ce produit. « Il tourna habilement la difficulté de cette entreprise, et conseilla ainsi l'usage d'une pâte faite avec le gluten de la farine, ayant l'avantage de fournir au malade une quantité suffisante de

(1) John Rollo, *On diabetes mellitus*; *London*, 1797. Traduit par Alyon, an VI, 2 vol., Paris.

pain, sans pour cela lui donner en même temps une trop grande proportion de fécule.

Voyant bientôt par la pratique que le pain fait exclusivement avec du gluten pur ne pourrait jamais remplacer le pain ordinaire, M. Bouchardat chercha un moyen de le rendre plus agréable à la vue et au goût. Il y parvint en partie, en ajoutant 20 pour 100 de farine à son gluten, et on trouve actuellement chez certains boulangers de Paris un pain de gluten aussi bon et aussi bien préparé qu'il peut l'être dans ces conditions.

Cette idée de faire un pain dont le diabétique pourrait user dans d'assez grandes proportions, est réellement très-heureuse; elle répond à une indication thérapeutique si formelle dans le traitement de la glycosurie, qu'on était en droit de penser que bientôt l'usage de ce pain deviendrait général; cependant, voilà vingt à vingt-cinq ans qu'il a été préconisé, qu'il a été reconnu bon, et c'est à peine s'il est employé. La plupart des malades en prennent, il est vrai, au début de leur traitement; mais, dans l'immense majorité des cas aussi, ils s'en dégoûtent et préfèrent manger de très-minimes quantités de pain ordinaire plutôt que d'avoir du pain de gluten à discrétion.

Un résultat pareil est bien fait pour étonner de prime abord; néanmoins, en y réfléchissant et en étudiant avec soin la question, on comprend facilement qu'il se soit produit, car il a au fond de suffisantes raisons d'être : le pain de gluten a, en effet, entre autres inconvénients, trois points principaux de défectuosité. Il est assez désagréable au goût et à la vue; il est lourd à l'estomac, se digère difficilement et produit ou favorise une constipation opiniâtre; il est d'un prix relativement très-élevé.

Quoique cette dernière question paraisse d'abord secondaire, elle entre néanmoins en ligne de compte, quand on songe que le glycosurique devra manger pendant un temps extrêmement long de ce pain de gluten.

M. Bouchardat, en proposant ce pain de gluten, que nous reconnaissons extrêmement utile en principe, est peut-être un peu trop resté dans le champ de la théorie. Voyant dans les féculents la matière qui fournit la glycose, il a voulu, plutôt en chimiste qu'en médecin, l'écarter de ses diabétiques, et le fait est si vrai, qu'il dit lui-même qu'il a été obligé, après coup, d'ajouter 20 pour 100 de farine à son pain pour en rendre l'usage plus facile, et qu'il reconnaissait dès 1846 que « ce n'est point encore là un résultat radical. » Or c'est, il nous semble, pour être encore trop resté dans le champ

de la théorie, malgré ces modifications suggérées par la pratique, qu'on constate aujourd'hui au pain de gluten proposé par le savant et consciencieux professeur d'hygiène de la faculté de Paris ces défectuosités que nous venons de signaler; c'est pour cela que son usage est si restreint, et que les excellents résultats qu'on était en droit d'attendre sont à peu près nuls.

Appuyons par des preuves ce que nous venons d'avancer là. M. Bouchardat a fait un peu, pour les principes constitutifs du pain, ce que l'on fit pour les principes constituants de l'air, lorsque Priestley et Lavoisier publièrent leurs recherches. A la fin du dix-huitième siècle on avait dit : Puisque l'oxygène est le principe vraiment respirable de l'air, donnons-en aux phthisiques, dont le champ de la respiration est diminué au point de rendre leur hématose impossible; nous ferons cesser ainsi les accidents qui les frappent. En 1838, le professeur d'hygiène de Paris dit à son tour : Puisque le gluten est le seul principe nutritif du pain qui ne soit pas nuisible au diabétique, faisons pour ces malades un pain exclusivement composé de gluten, afin de diminuer leur sécrétion glycosique. Or, dans ces deux cas, l'application d'une idée aussi exclusivement théorique n'a pas été possible. Pour ne pas enflammer les poumons du phthisique, il a fallu ajouter de l'azote à l'oxygène pur. Pour faire accepter le pain nouveau aux glycosuriques, on a été obligé d'y ajouter de la farine.

Du reste, dans cet ordre d'idées, les expériences si remarquables des physiologistes de ce siècle auraient dû servir de boussole et garantir de ces écueils. Nous savons en effet aujourd'hui que dans les aliments il ne faut pas seulement des principes nutritifs, il faut encore un extractif, une matière inassimilable, inerte, qui n'ajoute rien à la richesse de l'aliment, il est vrai, mais qui sert d'intermède, d'excipient aux principes assimilables, qui intervient comme volume, qui s'interpose enfin entre les particules réellement nourrissantes pour favoriser leur digestion. M. Trousseau l'a formulé explicitement dans sa thèse de concours pour l'hygiène en 1837. Burdach l'a dit bien clairement en 1841 (1) : la propriété de nourrir d'une manière convenable ne dépend pas seulement de la quantité des principes alibiles; elle tient aussi au volume des aliments : d'où il résulte qu'à une nourriture concentrée on doit ajouter des substances moins nourrissantes, offrant aux organes digestifs une masse suffisante pour l'exercice de leur action vitale.

(1) Burdach, *Traité de physiologie*, t. IX, p. 245.

M. Millon l'a dit encore d'une manière très-heureuse en 1849 : « Est-il conforme d'éloigner de l'estomac de l'homme tout ce qui peut laisser un résidu? le bol alimentaire ne doit-il pas cheminer dans toute la longueur du tube intestinal et porter jusqu'à son extrémité une partie réfractaire? Si notre régime s'améliore indéfiniment, à mesure que nous absorbons d'une manière plus complète les matières ingérées, supprimons le règne végétal, ou bien mettons-nous à vivre de l'extrait des plantes. »

En étudiant cette question de l'usage du pain de gluten dans le traitement du diabète, il nous a semblé qu'il était possible de rendre plus applicable l'usage de ce pain. Cette idée de M. Bouchardat, si séduisante en théorie, peut, à notre avis, devenir féconde en résultats pratiques; et voici les formules auxquelles nous nous sommes arrêté, après les tâtonnements inséparables de toute application usuelle d'une idée.

Gluten.........	25	35	45	55	65
Farine.........	10	10	10	10	10
Son...........	65	55	45	35	25
	100	100	100	100	100

Entrons dans des détails explicatifs qui vont justifier notre proposition, et montrer la raison et l'utilité de la modification.

D'abord, on peut se convaincre par une première inspection des chiffres qui ont trait à la farine, dans le tableau précédent, que le nouveau pain contient 10 pour 100 de moins de farine que le pain dit au gluten pur; c'est, par conséquent, 22gr,8 de fécule en moins qu'absorbera journellement le diabétique [1] qui en fera usage, et aussi 18 à 20 grammes de glycose qui passera en moins dans ses urines. Cette question est peut-être plus importante qu'on ne le pense dans le traitement du diabète. Nous comptons en donner une première preuve dans un travail que nous venons de faire sur les théories du diabète, et qui est dans ce moment à l'impression; mais ce n'est pas ici le lieu de développer cette thèse, comparons seulement, dans ce moment, le nouveau pain de gluten et de son au pain dit de gluten pur.

1° Nous avons dit précédemment que le pain de gluten est désagréable au goût et à la vue : il suffit, en effet, de le voir et de le goûter une fois, pour se convaincre que, comme couleur, il res-

(1) Comptant que la quantité de pain absorbée journellement par le glycosurique est de 300 grammes; la ration du soldat et du marin, en France, est de 750 grammes de pain par jour.

semble au pain fait avec des farines inférieures; — que son odeur n'est pas appétissante; — que la fermentation qu'il subit pendant sa fabrication produit, le plus souvent, dans son intérieur, des vacuoles si grandes, qu'il est presque entièrement réduit à une croûte sèche et trop souvent brûlée; — qu'au lieu de se rompre facilement sous les doigts, comme le pain ordinaire, il est tenace, élastique et difficilement attaquable par les dents; — enfin, qu'il a le plus souvent une amertume très-sensible au goût.

Par l'adjonction d'une certaine quantité de son, ce pain prend à peu près l'aspect et les qualités du pain de munition; or, tout le monde sait que le pain de troupe est de qualité inférieure, il est vrai, mais qu'il constitue, pour ainsi dire, la meilleure des basses qualités. De plus, le pain de gluten, ainsi additionné de son, a une odeur appétissante; il ne lève jamais trop, à cause de la présence du son, qui empêche l'expansion de la pâte pendant la fermentation; sa croûte n'est pas trop considérable relativement; en outre, la présence du son détruit cette élasticité sous le doigt et la dent que nous reprochions à l'autre; enfin, il n'a plus cette amertume désagréable dont nous venons de parler.

2° Nous avons dit que le pain de gluten, tel qu'il est fabriqué aujourd'hui, est lourd à l'estomac, se digère difficilement et produit ou favorise une constipation opiniâtre. Ce que nous avons dit précédemment le fait comprendre aisément; en effet, formé d'une pâte tenace et résistante, il est assez difficilement attaqué à son arrivée dans l'estomac par le suc gastrique, même après qu'il a été mastiqué bien exactement et pendant longtemps. D'autre part, étant exclusivement constitué par des matières assimilables, il ne fournit pas de suffisants matériaux aux fèces que l'intestin doit excréter, et, par conséquent, il détermine ou favorise la constipation.

Par l'adjonction du son, il est naturel que ces inconvénients disparaissent en entier. Bien plus, la constipation, si elle existait avant, est facilement vaincue, car tout le monde sait combien l'usage du pain de son est utile pour faciliter les garde-robes, en donnant aux selles une abondance plus grande et une consistance moindre.

3° Enfin, nous avons avancé que le pain de gluten est d'un prix très-élevé relativement. Les boulangers de Paris le vendent actuellement 1 fr. 50 c. et 2 francs le demi-kilogramme, s'appuyant sur la difficulté et la longueur de la préparation du gluten. Or, en ajoutant à ce pain 15, 25, 35, 45, 55 de matières étran-

gères qui n'y entrent pas actuellement, et qui sont du prix le plus minime, on peut raisonnablement avancer qu'il tombera de la moitié et peut-être même des deux tiers de son prix actuel ; et, qui sait même? comme cette cherté anomale est surtout entretenue par la rareté du débit, il peut bien arriver qu'en se généralisant dans le traitement du diabète, ce pain de gluten tombe à sa valeur commerciale réelle.

On nous objectera peut-être, que le pain de gluten a été proposé en principe pour fournir un aliment riche en matières nutritives, et qu'ainsi additionné de son, il est loin de présenter cette qualité; mais l'objection ne saurait avoir la moindre valeur, d'abord M. Bouchardat a surtout préconisé le pain de gluten pour diminuer le plus possible les féculents de l'alimentation du diabétique. D'autre part, quand on veut donner beaucoup d'éléments nutritifs à un malade, on ne procède pas en augmentant sa ration de pain ; il est bien plus simple et plus facile de les lui faire absorber sous forme de viande, de gelée, de bouillon, etc., etc., toutes substances qui, à égalité de pouvoir alibile, ont un volume infiniment moins considérable. Non, le pain de gluten a été inventé et préconisé pour tromper l'habitude, si enracinée chez nous, de manger beaucoup de pain pendant le repas. C'est un leurre des yeux et du goût, si je puis m'exprimer ainsi ; or, dans ce cas, la première indication était de rendre ce pain le moins désagréable possible ; et certainement, sans parler de l'utilité du pain de gluten au son pour la régularisation des fonctions digestives, sans insister encore sur l'infériorité de son prix de revient, on peut dire avec raison qu'il est beaucoup plus agréable à la vue et au goût que le pain de gluten pur.

Dr Bérenger-Féraud,
Chirurgien de 1re classe de la marine.

Nouvelle observation d'ovariotomie pratiquée avec succès à Béziers, en octobre 1863.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a annoncé que ce serait aux praticiens de nos provinces que serait réservé l'honneur de faire entrer cette grave opération dans le domaine de l'art, non par la manière plus sûre dont ils pratiquent l'opération, mais par les circonstances meilleures dans lesquelles leurs opérées sont placées. Les faits, en se multipliant semblent établir, en effet, qu'il en est pour l'ovariotomie comme pour l'opération césarienne, et que l'influence des lieux l'emporte sur l'habileté des opérateurs. Je viens ajouter, à l'appui de cette

proposition, un nouveau cas de succès à ceux que nos confrères du Midi ont déjà produits.

La femme Martial Bouquié, de Capestang (Hérault), âgée de trente-deux ans, mère de deux enfants, et douée jusque-là d'une excellente santé, est venue me consulter au mois d'avril 1863. « Je crois, me dit-elle, être certaine que je ne suis pas enceinte. J'ai mes règles, et cependant je remarque que mon ventre grossit de jour en jour. Il me semble qu'il renferme une boule dure qui m'embarrasse. Il y y quinze jours à peine que je m'en suis aperçue. A part cela, je ne suis pas malade, j'ai bon appétit, mes digestions se font bien. Je suis seulement un peu essoufflée quand je marche vite ou quand je me livre à un travail trop long. »

Le palper abdominal me convainquit qu'il existait, en effet, dans le côté droit de l'abdomen de cette femme, une tumeur arrondie, grosse comme la tête d'un adulte, mobile, et dans laquelle il me semblait pouvoir constater de la fluctuation. Il n'y avait pas le moindre œdème sous-cutané, les membres inférieurs étaient secs, et la santé générale me paraissait excellente.

Un mois après, le ventre avait acquis le volume de celui d'une femme à terme; les parois abdominales étaient amincies, la fluctuation manifeste. La malade ne pouvait marcher sans être très-essoufflée; les digestions étaient devenues pénibles ; l'appétit diminuait ; les membres inférieurs ne présentaient pas d'infiltration.

Le museau de tanche était à sa place, libre et mobile ; l'auscultation ne faisait percevoir aucun bruit ; la période menstruelle venait d'avoir lieu avec son abondance normale.

L'exploration par un trocart capillaire amena trois ou quatre gouttes d'un liquide visqueux, et la ponction, pratiquée immédiatement après, fit écouler environ dix-huit litres d'une matière oléagineuse, lampante, couleur de chocolat. Le ventre se désenfla d'une manière complète ; la malade se crut guérie.

J'étais en présence d'un kyste uniloculaire de l'ovaire droit, sans adhérences.

Un mois après, le liquide était complétement reproduit.

Après la deuxième ponction, qui me donna une vingtaine de litres d'un liquide analogue au premier, pour l'acquit de ma conscience, et sûr d'avance d'un insuccès, je pratiquai une injection de 250 grammes de teinture d'iode iodurée. La reproduction du liquide fut plus rapide encore que la première fois.

Après la troisième ponction, je fus fort étonné de trouver, à gauche du ventre, une tumeur dure, résistante, du volume d'une tête

d'enfant. Cette grosseur, dont un mois auparavant il n'existait aucune trace, était assez douloureuse à la pression. Je crus d'abord à une hypertrophie de la rate, mais je me convainquis bientôt que j'avais affaire à une tumeur fibreuse développée dans la paroi gauche du kyste, ou tout au moins à une collection de petits kystes, à parois épaisses, charnues, et dont l'agglomération formait une boule dure.

Du mois de juin au mois d'octobre, le kyste fut ponctionné huit fois. Chaque quinze jours, vingt litres de liquide se reproduisaient; à chaque évacuation, je constatais des progrès énormes dans la tumeur annexée. Elle occupait tout le flanc gauche. A mesure que le kyste se vidait, on la voyait descendre vers la ligne médiane, et je pouvais comparer son volume à celui d'un énorme pain dont la surface convexe eût occupé toute la cavité de l'hypochondre gauche. Elle était extrêmement dure.

Les parents de la malade, la voyant s'affaiblir peu à peu et rendue incapable de se livrer à la moindre occupation, me demandèrent l'extraction avec instance. La malade elle-même, se sentant dépérir et nonobstant les dangers que je lui laissai entrevoir, joignit ses sollicitations à celles de sa famille. Je dus me rendre à leurs vœux.

Mes excellents confrères, les docteurs Vignier et Thomas, de Béziers, Calas, de Capestang, et Lafage, de Narbonne, appelés en consultation, furent d'avis qu'en conscience on ne pouvait surseoir à l'opération, qui fut fixée au 24 octobre.

Je m'étais abstenu, jusque-là, de prendre l'initiative, car, au milieu des grandes chaleurs de l'été, la constitution médicale régnante m'inspirait de vives appréhensions : le pays était infesté de fièvres pernicieuses.

Le 24 octobre, à dix heures du matin, en présence de tous les honorables confrères que j'ai nommés, la malade étant à demi endormie par le chloroforme, bien enveloppée dans une chaude couverture de laine, ayant les jambes entourées de cruchons pleins d'eau chaude et couvertes chacune d'un manteau de caoutchouc, le ventre tourné vers le jour, couvert de flanelles et légèrement relevé par un aide, je pratiquai sur la ligne médiane une incision de 12 centimètres de long, étendue de l'ombilic presque jusqu'au pubis.

Les tissus furent divisés avec une attention extrême. Je n'appliquai pas de ligatures, car je ne rencontrai ni artères ni veines.

Arrivé sur le péritoine, je reconnus cette membrane, qui se souleva dans la section sous forme d'une petite vésicule transparente; une très-petite ponction sur cette vésicule fit écouler une certaine

quantité de liquide péritonéal et permit l'introduction d'une sonde cannelée qui joua librement en haut et en bas entre le kyste et la paroi abdominale. Un bistouri fut conduit sur la sonde et incisa le péritoine jusqu'aux limites de la plaie extérieure.

Alors le kyste se présenta comme une vessie de couleur violacée, et fit saillie à travers l'ouverture, comme la poche des eaux tombe quelquefois à l'orifice aminci de l'utérus. Un trocart ordinaire fut enfoncé dans la cavité, et le liquide s'écoula à pleine canule.

A mesure que le kyste se vidait, on voyait ses parois s'engager peu à peu d'elles-mêmes, et quand douze litres environ de liquide furent écoulés, la saillie de la poche était telle, qu'il n'y avait plus à craindre la chute de la matière dans le péritoine. Alors je le divisai largement d'un coup de bistouri; le contenu s'en écoula rapidement, et, par des pressions modérées sur les bords de l'ouverture, je pus, sans exercer la moindre traction, amener au dehors la totalité de la poche.

Je serrai avec un lacs le long boyau formé par la pédiculisation du kyste, et le confiai à un aide.

Ce temps de l'opération fut très-court et d'une extrême facilité.

Quand j'introduisis ma main dans le ventre, pour me rendre compte des rapports de la tumeur solide, je fus effrayé de ses dimensions. Il me fut impossible de la circonscrire : elle était en haut coiffée par l'épiploon, qui avait contracté avec elle des adhérences intimes. Je les rompis graduellement par la pression des doigts, puis je la détachai successivement de la grande courbure de l'estomac, de la rate et des anses du jéjunum. Heureusement que la tumeur était extrêmement dure et que j'avais un point d'appui solide en rasant sa surface. Mais j'avoue que ce temps de l'opération, qui dura plus d'une demi-heure, ne s'accomplit pas sans me donner un grand serrement de cœur. Je sentais de gros vaisseaux battre sous mes doigts; enfin, après une longue anxiété, j'eus la satisfaction de la sentir mobile. Mais l'ouverture des parois abdominales n'était pas en rapport avec son volume. Il fallut d'un coup de ciseaux l'agrandir de 5 centimètres. Je coupai un peu obliquement et à gauche de l'ombilic, alors j'introduisis de nouveau la main derrière la tumeur, je la fis légèrement basculer et la vis avec un plaisir indicible arriver en totalité au dehors.

La malade, quoique incomplétement endormie, n'avait pas fait le moindre mouvement.

Je fus étonné du peu d'épaisseur du pédicule; il était large et plat, étalé le long du bord supérieur, du ligament large, de l'utérus

à l'ovaire. Ce dernier organe était intact et n'avait que son volume ordinaire.

Immédiatement, je serrai la totalité de cette espèce de tablier par un double fil ciré. Ce pédicule, arrondi par la ligature, prit le volume du petit doigt. Je passai derrière le fil constricteur une longue aiguille à bas, préalablement appointée, et la laissai en travers dans l'angle inférieur de la plaie, reposant de toute sa longueur sur la paroi abdominale en avant de la ligature ; j'enlevai la tumeur d'un coup de ciseaux ; il ne s'écoula pas une goutte de sang.

La paroi abdominale, n'étant plus distendue, avait repris son épaisseur normale, et la plaie, qui effrayait par sa longueur, semblait avoir perdu la moitié de son étendue.

J'étais à peu près certain qu'aucune matière ne s'était introduite dans la cavité de la séreuse ; néanmoins, je l'abstergeai légèrement avec une éponge fine, et je me hâtai de fermer la plaie sans trop me préoccuper de la teinte rouge qu'avait le liquide péritonéal et qui provenait de quelque petit vaisseau infailliblement divisé dans la destruction des adhérences.

Quatorze points de suture profonde furent appliqués ; quatre avec un double fil métallique ; les dix autres avec un double fil de chanvre.

Les deux extrémités de chaque fil avaient été préalablement passées dans le chas d'une grosse aiguille courbe. Je piquai la séreuse à un demi-centimètre du bord de la division et, par un trajet oblique, l'aiguille traversa la peau à 1 centimètre. Les bords de l'ouverture furent ainsi très-exactement affrontés ; quant au pédicule, il fut soutenu au dehors au moyen de l'aiguille dont j'ai parlé. J'eus soin d'interposer entre elle et la peau de petits coussins de flanelle.

La malade fut reportée dans son lit, entourée de cruchons d'eau chaude et couverte d'un surtout de laine. Il lui fut administré 6 centigrammes d'extrait d'opium.

La tumeur, débarrassée de tous les liquides de la grande poche, pesait 3k,780 grammes. Elle était formée de deux parties intimement liées l'une à l'autre.

Qu'on se figure, pour avoir une idée de sa forme, une de ces petites valises de voyage qu'on porte à la main, et qui sont composées d'une petite caisse sur laquelle est cloué un sac de nuit.

La grande poche avait la forme d'un cône renversé, dont le sommet adhérait à la trompe de Fallope par le pédicule, et dont la base, regardant en haut et à gauche, était coiffée par la tumeur que j'ai appelée *solide*.

Cette poche était constituée par une membrane assez épaisse,

ressemblant à la tunique fibro-musculeuse de l'estomac. Elle était revêtue à l'extérieur par l'épanouissement du péritoine, et intérieurement par une membrane dont l'analogie avec la muqueuse de l'estomac était parfaite. Même aspect lisse et tomenteux; mêmes villosités; même coloration d'un jaune-orange. Elle était fermée de toutes parts, et je n'ai pu découvrir le moindre conduit qui la fît communiquer avec la trompe.

Le pédicule, qui renfermait deux artérioles et une veine, était formé par la réflexion de la séreuse des trompes sur le kyste et par un peu de tissu cellulaire intra-lamellaire. Quant à l'ovaire droit, il était d'une intégrité parfaite; j'ai pu parfaitement l'examiner.

La masse charnue qui surmontait cette poche, je l'ai appelée *tumeur solide,* parce que j'ai dû l'enlever en totalité sans la diviser. Cependant, lorsque, après l'ablation, je l'ai coupée en deux, j'ai vu qu'elle avait à son centre une très-petite cavité oblongue qui renfermait deux ou trois cuillerées d'une matière muqueuse excessivement épaisse, et qui adhérait tellement aux parois, qu'un fort raclage avec une spatule était insuffisant pour l'enlever.

Sa forme était celle d'un gros pain. Aplatie par sa face soudée au kyste, elle était convexe et bosselée dans sa surface externe, sur laquelle l'épiploon était épanoui et tellement adhérent, qu'il faisait presque corps avec elle.

Cette masse charnue n'était donc qu'un deuxième kyste développé dans la base du premier, mais dont les parois étaient tellement épaisses, qu'il était impossible de reconnaître de prime abord l'existence de la petite cavité centrale.

Cette pièce pathologique a été déposée dans la collection de la faculté de médecine de Montpellier.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, j'étais étonné du bien-être de la malade. Le pouls avait 80 pulsations et beaucoup de franchise; la physionomie était excellente; la voix, normale; le ventre, indolent. Elle dormit plusieurs heures; le bouillon passait bien, et si ce n'eût été deux vomissements bilieux qui survinrent à quatre heures de distance l'un de l'autre, ma satisfaction eût été complète.

Le dimanche 25 octobre, à neuf heures du soir, trente-six heures après l'opération, à la suite d'un vomissement un peu plus pénible que les autres, la malade se plaignit d'un grand froid. Ses dents claquaient, son facies s'altéra, ses yeux s'excavèrent, les vomissements devinrent incessants.

Si, au milieu de cette scène morbide, le ventre n'avait pas inva-

riablement conservé sa parfaite indolence et son extrême souplesse, j'aurais cru à l'invasion subite d'une péritonite purulente.

M. le docteur Calas me fit observer que nous étions dans un pays où les fièvres intermittentes sont endémiques. Nous nous rattachâmes à cette idée, et ce n'était pas sans raison.

Vers les trois heures du matin, les symptômes graves s'amendèrent.

La journée du lundi se passa bien : le pouls avait repris son rhythme normal, le facies son expression habituelle. La malade resta quatre heures sans vomir.

A dix heures du soir, les symptômes de la veille se renouvelèrent avec plus d'intensité, malgré l'emploi du sulfate de quinine, que je n'avais osé donner que par la méthode endermique. Il survint une dyspnée très-intense; la peau se glaça, la face fut celle d'une morte. (Sinapismes, malaga, liqueur d'Hoffmann, thé au rhum, etc.)

A quatre heures du matin, amendement des symptômes.

1gr,50 sulfate de quinine en quinze pilules, deux à la fois, d'heure en heure. Après chaque dose de pilules, potion anti-émétique de Rivière.

Le mardi, à dix heures du soir, la malade se trouvait bien, lorsque tout à coup elle fut prise d'un vomissement et rendit onze des pilules qu'elle avait avalées dans la journée. Les mauvais symptômes de la veille revinrent, mais avec moins d'intensité.

A minuit, la malade dormit paisiblement pendant deux heures.

Pr. Résine de quinquina...............	8 grammes.
Sulfate de quinine..................	2 grammes.
Carbonate de potasse................	S. Q.
Véhicule approprié..................	130 grammes.
Pour une potion.	

Ce mélange fut administré par cuillerées, d'heure en heure, en ayant soin de faire fondre chaque fois un fragment de glace dans la bouche.

A neuf heures du soir, le médicament était avalé en entier, et, chose remarquable, aucun vomissement n'était survenu. A dix heures, la malade dormait. Elle passa une nuit excellente.

La potion fut administrée à demi-dose dans la journée de mercredi; rien ne troubla l'état de bien-être de l'opérée; le ventre était d'une souplesse inouïe, elle urinait très-facilement; elle eut sans efforts une selle demi-moulée.

Le jeudi matin, j'enlevai tous les points de suture. La coaptation de la plaie était parfaite dans toute son étendue.

Le dimanche, la ligature du pédicule tomba, entraînant avec elle l'espèce de bouchon noirâtre que j'avais formé en humectant le pédicule avec du perchlorure de fer liquide.

Depuis la cessation des accès de fièvre, la marche de l'opérée vers la guérison ne s'est pas démentie un seul instant. Je n'ai eu à me préoccuper que de quelques plaques de diphthérie qui parurent au fond du gosier et gênèrent un peu la déglutition ; mais, en fait de péritonite, rien, absolument rien.

Quatre semaines après l'opération, la malade était complétement rétablie. Elle était levée depuis plus de douze jours ; elle mangeait ; elle allait du corps ; elle urinait bien ; son ventre était parfaitement indolent, la cicatrice très-solide, sans aucun trajet fistuleux.

Aujourd'hui, 2 février, voilà plus de trois mois que l'opération est faite. La malade, que j'ai vue il y a huit jours, occupée aux travaux des champs, m'a dit qu'elle ne se souvient plus de ses maux.

Le cas que je viens de raconter en détail est un de ceux qui, dans l'état actuel de la science, ne doivent laisser aucun doute au chirurgien sur le parti qu'il a à prendre.

Les injections iodées ne peuvent avoir de résultat satisfaisant que dans des cas très-exceptionnels, et, dans le plus grand nombre des circonstances, elles peuvent devenir offensives en favorisant le cloisonnement des kystes et l'épaisissement de leurs parois.

La ponction seule, qui n'est pas exempte de danger, tant s'en faut, puisque, après le retrait du trocart, elle expose à l'infiltration de la matière sécrétée dans le péritoine, la ponction seule, dis-je, ne pouvait avoir pour effet que de prolonger un peu la vie de la malade, car l'énorme sécrétion qui s'opérait dans son organisme ne pouvait que compromettre ses jours dans un bien court espace de temps, et c'est la temporisation qui a amené les dangers de l'extraction ; nul doute que si, après la première ponction, quand le diagnostic fut certain, j'avais procédé à l'ovariotomie, l'opération n'eût été d'une facilité extrême. Une bien petite incision m'eût suffi, et le kyste, dans lequel ne s'était pas encore formé la tumeur solide, serait sorti à travers la plaie comme un mouchoir passerait à travers l'anneau formé par l'index et le pouce.

C'est pour mettre en lumière les dangers de la temporisation, et pour prouver la rapidité extrême des formations fibro-plastiques, que j'ai publié ce fait, hors des proportions d'une simple note, comme aussi pour rappeler une fois de plus que, là où finit le rôle de l'opérateur, celui du médecin doit commencer, et que, pour combattre la complication, il faut tenir compte des constitutions médi-

cales, des conditions d'air et de lieux, et ne pas se tenir seulement prêt à combattre des accidents locaux prévus d'avance.

Qu'il me soit permis, en terminant, de faire remarquer que je ne me suis pas servi de clamp. Je ne vois pas pour quelle raison ce compas d'acier exercerait une constriction plus forte qu'une bonne ligature, et pourquoi il soutiendrait mieux le pédicule que l'aiguille dont je me suis servi. Il me semble que, quelque léger qu'on le suppose, il doit être très-pénible à supporter, s'il survient des accidents inflammatoires locaux, tels qu'un abcès entre les feuillets de la paroi abdominale, et tous les médecins connaissent la vivacité des douleurs déterminées par la moindre pression dans un ventre affecté de péritonite. LACROIX,

Médecin adjoint des hôpitaux de Béziers.

BULLETIN DES HOPITAUX.

CAS DE FRACTURE NON CONSOLIDÉE DE L'HUMÉRUS GUÉRIE PAR L'EMPLOI DU SÉTON. — Les observations de fractures non consolidées terminées par la guérison se comptent encore, aussi nous empressons-nous d'enregistrer le nouveau cas de succès que nous adresse notre savant correspondant, M. le professeur Dieulafoy.

Obs. Le nommé G. Bernard, bûcheron, âgé de quarante ans, faisait du bois, en janvier 1862, dans une forêt voisine de Bagnères-de-Luchon, lorsqu'un tronc d'arbre renversé violemment vient lui briser le bras. Transporté chez lui, le docteur Mandon, médecin à Luchon, constate une fracture de l'humérus, la réduit, et applique un appareil ordinaire. Le lendemain, la tuméfaction des parties le force à enlever le premier pansement et lui fait prescrire l'application de fomentations émollientes. Au bout de huit jours, la tuméfaction ayant disparu, on replace de nouveau l'appareil, et le malade le garde pendant cinquante jours.

La consolidation n'étant pas complète à cette époque, on fait prendre au malade des bains et des douches sulfureuses, qui n'amènent aucun résultat. Bernard est alors envoyé à l'hôpital Saint-Jacques, de Toulouse, où il entre le 12 septembre 1862. Il est placé dans le service de M. le professeur Dieulafoy, qui constate une fracture non consolidée de l'humérus, siégeant au niveau de l'attache deltoïdienne.

Cet homme est robuste, comme un montagnard ; ce n'était donc pas à sa constitution qu'il fallait rapporter le défaut de consolidation

de cette fracture, et comme l'examen direct permettait de constater que les extrémités de l'os étaient unies par du tissu fibreux, il n'y avait plus rien à attendre de la spontanéité de l'organisme, il fallait que l'art intervînt.

M. Dieulafoy eut recours au procédé du séton, déjà employé avec succès par M. le professeur Jobert (de Lamballe). Le séton fut pratiqué tangentiellement au côté externe de la circonférence de l'os et à la hauteur de la fracture. Il amena peu d'inflammation, et cependant une suppuration eut lieu; afin de favoriser l'écoulement du pus, M. Dieulafoy avait eu le soin de pratiquer l'ouverture antérieure sur un point déclive.

Le bras fut placé et maintenu dans une gouttière, les pansements renouvelés matin et soir. Au bout de vingt et un jours le séton fut enlevé, et le bras immobilisé au moyen d'un appareil dextriné, dans lequel on avait ménagé des ouvertures dans les points correspondants aux deux plaies afin de rendre facile leur pansement.

Le 4 mars 1863 le malade désira rentrer chez lui. Comme on sentait déjà à la partie antérieure de la fracture un commencement de dépôt osseux, M. Dieulafoy y consentit. Pour prévenir tout accident pendant le voyage, il lui réappliqua un appareil dextriné que le malade conserva jusqu'au mois de mai, époque à laquelle il fut enlevé.

Le médecin de Luchon put alors constater qu'il existait une virole osseuse complète, qui réunissait les deux fragments de l'humérus. Seulement, comme la compression exercée par l'appareil avait amené l'atrophie des muscles, les mouvements du bras étaient difficiles; de plus, l'articulation du coude étant restée longtemps fléchie, ses mouvements étaient également fort limités.

L'emploi des bains et des douches sulfureuses prises à l'établissement thermal de Luchon, des mouvements passifs imprimés chaque jour et d'une manière progressivement plus énergique, ont fini par rendre à cet homme l'usage de son bras. Depuis le mois d'août dernier Bernard a repris son ancien métier de bûcheron.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Thoracentèse dans deux cas d'empyème; pénétration de l'air non suivie d'accident; guérison. Le danger de l'introduction de l'air dans la plèvre à la suite de l'opération de l'empyème, est-il réel? Tout le monde connaît les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet, discussions qui, pour plusieurs, ont certainement laissé en suspens la so-

lution de la question. Mais une chose ne paraît pas douteuse, c'est que cette pénétration de l'air à travers l'ouverture pratiquée ne semble pas être le seul facteur des accidents redoutables qui ont été observés, et dont beaucoup veulent rendre cette opération seule responsable; car il existe dans la science bon nombre de cas où, à la suite de la thoracentèse, on a vu l'air entrer librement dans la cavité pleurale enflammée et suppurante, non-seulement sans que l'état du malade en fût aggravé, mais encore sans empêcher la guérison, et quelquefois même une guérison rapide. Tels sont les deux cas suivants, que nous résumons d'après le docteur E.-P. Bennet, de Danbury (Connecticut).

Dans le premier des cas rapportés par M. Bennet, il s'agit d'un enfant de huit ans, atteint de pleuro-pneumonie. La paracentèse thoracique ayant été pratiquée, il s'écoula environ deux pintes de pus. Aucune précaution ne fut prise pour s'opposer à l'accès de l'air, qui pénétra librement par la plaie. Une seconde ponction faite au bout d'une semaine ne fut pas l'objet de soins plus grands, et on voyait l'air entrer et sortir à chaque mouvement respiratoire. Il n'en résulta cependant aucun dommage, et l'enfant se rétablit parfaitement.

Chez un second enfant de dix-huit mois, âge qui rend le fait d'autant plus remarquable et intéressant, lequel était gravement atteint et semblait, dit l'auteur, à l'article de la mort, la thoracentèse fut également faite et donna lieu à l'issue d'une pinte de pus épais. La plaie ne fut pas fermée, et l'air pénétra dans la plèvre sans obstacle pendant plusieurs jours. Le petit malade fut immédiatement et considérablement soulagé, et la guérison complète ne se fit pas attendre.

« J'ai souvent pratiqué l'opération de l'empyème, dit notre confrère américain, et j'ai toujours vu qu'en ne fermant pas l'ouverture et en laissant l'air accéder en liberté dans la plèvre, les malades s'en trouvaient mieux; par quoi je suis conduit à regarder comme dénuées de fondement les craintes des médecins à cet égard, et comme absolument sans utilité les divers instruments spéciaux imaginés pour exécuter la paracentèse thoracique, de manière à éviter l'introduction du fluide aérien. Cette opinion ne repose pas pour moi sur un cas unique, mais sur un assez grand nombre, observés pendant une suite d'années. » Sans parlager, il s'en faut, une telle confiance, nous pensons que si, dans l'état des choses, ce serait commettre une grave imprudence de ne pas chercher à prévenir l'accident en question, il faudrait toutefois, au cas où il serait arrivé, se garder de considérer l'état du malade comme désespéré. (*Amer. med. Times*, janv. 1864.)

Semences de citrouille contre le ténia; quelques conditions qui peuvent contribuer à en assurer l'effet. Les exemples témoignant de l'efficacité des semences de citrouille pour procurer l'expulsion du ténia sont assez nombreux maintenant, et notamment dans notre journal, pour qu'il soit désormais inutile d'insister sur ce sujet. Si nous y revenons aujourd'hui, ce n'est donc pas dans le but de compléter une démonstration qui nous semble faite, mais seulement pour montrer que, chez certains sujets, il est des conditions de *modus faciendi* qui ne doivent pas être négligées. Parmi ces conditions, il faut surtout noter la diète et l'administration de l'huile de ricin, non toujours nécessaire, on le sait, mais qu'il peut quelquefois être utile de porter à de hautes doses, comme on le verra par le cas suivant.

Une dame, âgée de vingt-deux ans, s'était aperçue, en septembre 1862, qu'elle était atteinte de ténia. On lui fit prendre successivement, pour la délivrer de ce parasite, l'huile essentielle de térébenthine, seule ou mélangée à l'huile de ricin, des pilules de santonine, la fougère mâle, sans aucun résultat. En présence de ces insuccès, il était nécessaire de recourir à d'autres moyens. Ce fut alors, en novembre dernier, que M. le docteur Vedder conseilla les semences de citrouille. D'après sa prescription, la malade prit le matin, à jeun, trois cuillerées à bouche de ces graines mondées de leur enveloppe, séchées, pulvérisées et mêlées avec du sucre, et, une demi-heure après, une demi-once d'huile de ricin, qui fut répétée plusieurs fois dans la journée. Le lendemain, le résultat désiré n'ayant pas été obtenu, nouvelles doses de semences et d'huile de ricin. Le soir de ce second jour, le parasite fut expulsé entier dans une garde-robe. Il mesurait 18 pieds de long. La quantité d'huile de ricin prise en deux jours avait été de 5 onces (155 grammes), et la malade était restée cinquante heures sans prendre d'aliments. M. Vedder regarde la diète

comme une condition *sine qua non* du succès. (*Amer. med. Times*, janvier 1864.)

Rhumatisme articulaire aigu traité par le chlorate de potasse. Cet agent qui, en rentrant dans le domaine de la matière médicale, a été, on peut le dire, l'objet d'un véritable engouement, et qui, par suite, a été essayé dans un grand nombre de maladies, d'une manière plus empirique que rationnelle, a-t-il donné tout ce qu'il est susceptible de donner en thérapeutique ? Ce qu'on lui doit pour le traitement de certaines affections, de la bouche surtout, désormais acquis, et bien acquis, lui fait déjà une belle part; mais elle ne paraît pas suffisante à quelques médecins, et nous ne demanderions pas mieux que d'avoir à lui reconnaître d'autres applications aussi avantageuses. Le docteur Mapother, médecin de l'hôpital Saint-Vincent, à Dublin, paraît avoir eu grandement à se louer du chlorate de potasse dans le rhumatisme articulaire aigu, si nous nous en rapportons au fait suivant, auquel on pourrait toutefois reprocher son unicité, d'après l'adage *testis unus, testis nullus*. Ce traitement pourrait, du reste, être assimilé à celui qui a pour base les alcalins à haute dose.

Un ouvrier, âgé de quarante ans, après avoir été exposé à la pluie, ayant été obligé de rester avec ses vêtements mouillés, fut pris le lendemain de douleur dans le genou droit, qui devint gonflé, tendu, immobile, début d'un rhumatisme aigu, pour lequel il fut admis à l'hôpital en décembre dernier. Les articulations tibio-tarsiennes, celles des genoux, de l'épaule et du coude droits étaient extrêmement douloureuses, distendues par un épanchement, et présentaient une rougeur érythémateuse. Le pouls était à 100, plein, bondissant; la respiration à 30; la langue saburrale, humide. Il y avait constipation, céphalalgie, insomnie, des sueurs abondantes générales d'une odeur aigre prononcée; les urines, dont la quantité en vingt-quatre heures était de 625 grammes environ, avaient une pesanteur spécifique de 1032 et étaient chargées d'urates. Il n'existait aucune complication du côté du cœur. Le malade fut mis à l'usage d'une solution de chlorate de potasse, 15 grammes, à prendre par deux cuillerées à bouche à la fois toutes les trois heures, et de plus il prit chaque nuit, à raison des douleurs, qui devenaient alors plus intenses, 50 centigrammes de poudre de Dower. Au bout de trois jours, la douleur et la tuméfaction avaient disparu, les sécrétions étaient redevenues normales, et le sixième jour le malade était en état de sortir.

En prescrivant le chlorate de potasse, M. Mapother avait eu pour objet de fluidifier la fibrine augmentée de quantité, de l'oxyder, ainsi que les autres produits de décomposition que le sang contient en si grande abondance dans le rhumatisme, et de diminuer l'excessive acidité de l'urine par l'excrétion de ses constituants azotés, sous forme d'urée soluble, au lieu d'acide urique et d'urates. Le pouvoir oxydant du chlorate de potasse peut s'expliquer facilement à l'aide de la supposition de Schonbein, que ce corps contient beaucoup d'ozone faiblement combiné. (*Dublin med. Press*, janvier 1864.)

Tumeur hypertrophique du sein ; nombreuses opérations ; récidives de plus en plus tardives. L'importance et la signification que l'intervention de l'examen microscopique confère au fait suivant ne sauraient échapper à quiconque voudra bien lui prêter quelque attention. Mme C***, âgée de cinquante ans, a eu pour la première fois une tumeur au sein droit, il y a quatorze ans. Enlevé par une opération six mois après son début, le mal récidiva presque immédiatement après la cicatrisation, qui s'était très-rapidement faite. A la fin de la même année, la malade subit une deuxième opération : nouvelle récidive six mois après, avec une violence telle, que la tumeur qui, avant tout traitement, avait un volume égal à une petite pomme, l'a dépassé cette fois de près de moitié. — En 1850, M. Bouchacourt extirpe une partie de la glande mammaire ; Mme C*** reste guérie pendant un an. — En 1852, on a recours à des applications successives de chlorure de zinc, pour détruire quelques points indurés et suspects. — Il n'est rien survenu de nouveau pendant quinze mois. En 1854, cinquième opération par M. Gensoul, qui enlève la glande mammaire en entier. Deux ans plus tard (1856) le même chirurgien enleva un petit noyau induré, que l'on sentait dans le voisinage de la cicatrice. La guérison s'est maintenue pendant trois ans. En 1859, Mme C*** s'aperçut

de l'existence d'un nouveau point induré du volume d'une petite amande; il fut extirpé par M. Barrier. — Enfin un petit noyau suspect, dur au toucher, mobile sous le doigt, gros comme un haricot, a été, pour la dernière fois, enlevé en 1862; c'était la huitième opération que subissait Mme C*** ; il n'y a pas eu de nouvelle récidive depuis cette époque. L'examen microscopique a montré que la tumeur était entièrement constituée par des culs-de-sac glandulaires, dont les parois étaient tapissées par un épithélium nucléaire pavimenteux, et dont la cavité était remplie de cellules et de débris de cellules épithéliales, pour la plupart granuleuses; entre les culs-de-sac glandulaires se trouvaient, en petite quantité, des éléments conjonctifs d'une organisation peu avancée. (*Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1864.)

Nouveau cas de mort imminente par le chloroforme, traité avec succès au moyen du galvanisme. Le 10 octobre 1863, dit le docteur W. Newman, de Londres, je fus appelé en toute hâte auprès d'un homme qui, disait-on, se mourait. M'étant de suite rendu auprès de lui, je le trouvai sur un lit, dans un cabinet sombre attenant à la chambre, couché sur le côté droit, insensible, la face enfoncée dans l'oreiller, sans que ce fût au point cependant de rendre impossible tout accès de l'air vers les narines. Mon premier soin, après l'avoir placé sur le dos, fut de faire tirer le lit au milieu de la pièce et ouvrir la fenêtre. La face était fortement congestionnée, presque noire, les yeux fermés comme dans le sommeil, les pupilles largement dilatées et immobiles, la bouche entr'ouverte, la langue entre les arcades dentaires, toute la surface cutanée livide et couverte d'une sueur froide. La respiration, à 6 ou 8 par minute, était irrégulière, sous le double rapport de la force et du rhythme, et le pouls, à 52, très-faible, très-irrégulier; les battements du cœur faibles aussi, mais plus réguliers. L'haleine avait l'odeur du chloroforme. Nous découvrîmes, à peu de distance de l'endroit où était d'abord le lit, une cuvette dans laquelle étaient encore environ 3 onces de cette substance; mais il n'y avait ni mouchoir ni rien qui parût avoir été employé à faire des inhalations

Évidemment cet homme avait voulu se donner la mort au moyen du chloroforme, comme il l'avoua du reste plus tard; mais en avait-il avalé? J'envoyai chercher une pompe stomacale et un appareil galvanique, et en attendant qu'ils me fussent apportés, je fis d'abord des affusions froides, des frictions avec une éponge et une serviette rude. Je pratiquai la respiration artificielle par la méthode de Silvester. A chaque mouvement d'élévation des bras, on entendait l'air pénétrer dans la poitrine, mais c'était d'une manière passive, et les mouvements respiratoires n'en devenaient ni plus fréquents ni plus intenses.

A deux heures après midi, j'introduisis la pompe stomacale; je n'obtins d'abord que des mucosités; j'injectai de l'eau, qui revint chargée faiblement, mais sensiblement, d'une odeur de chloroforme.

A deux heures cinq minutes, je mis en action l'appareil électrique, celui de Kemp, d'Édimbourg. Les éponges, préalablement humectées d'eau salée, furent appliquées, l'une à la partie inférieure du muscle sterno-mastoïdien, pour exciter le nerf phrénique, l'autre déprimant fortement la fossette du cœur, afin de stimuler le diaphragme. De temps en temps cette dernière éponge était promenée sur la paroi thoracique, afin d'agir sur les muscles pectoraux et intercostaux. Il se passa quelques minutes avant que l'influence du courant se fît sentir, puis les muscles entrèrent en action.

A deux heures quinze minutes, il y avait 12 respirations par minute, et le pouls était à 65, plus énergique; les mouvements du cœur étaient plus sensibles, la face peut-être un peu moins congestionnée; mais l'insensibilité persistait.

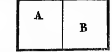
A deux heures quarante minutes, face évidemment moins livide; 15 respirations, plus profondes et plus longues; pouls à 65, plus large; pupilles sensibles sous l'influence de la lumière, avec tendance à rester contractées; insensibilité toujours, soit à l'appel de la voix, soit à l'action de pincer, mais pas aussi complète quand l'éponge était changée de place.

A trois heures quinze minutes, le malade retrouve la voix, il fait des efforts pour échapper aux excitations galvaniques, et se relève sur son lit.

Ce fait montre bien l'efficacité du galvanisme contre les accidents graves causés par le chloroforme. Mais on a vu que plus d'une heure s'est écoulée, dans ce cas, avant que le retour à la

vie se soit montré décisif. Cela tiendrait-il à ce que M. Newman a négligé de recourir à l'électro-puncture, comme l'a fait M Kidd dans un cas que nous avons rapporté dernièrement (t. LXIV, p. 378) et où l'effet fut si rapide, et comme l'a recommandé M. J. Lecoq dans un article inséré également dans ce journal (t. LVI, p. 129)? C'est une question qui certes a de l'importance et qu'il sera bon de résoudre au moyen des faits tant expérimentaux que cliniques. (*British med. Journ.*, janv. 1864.)

Nouveau moyen de choisir les verres prismatiques pour le strabisme. Sur la partie gauche de la glace dépolie d'un stéréoscope,



dit M. Javal, je colle un pain à cacheter, vers la droite du champ de l'œil gauche, en A, par exemple; puis, sur le champ de l'œil droit, mais à une hauteur différente, je fais voyager, *de gauche à droite*, un second pain à cacheter, en priant le malade de me prévenir quand il verra ce pain exactement sur la même verticale que le premier. Je colle le second pain au point ainsi déterminé, et, cela fait, je n'ai plus besoin du patient pour choisir les verres.

Pour choisir les verres, le médecin en essaye une série, en regardant dans le stéréoscope et en tenant l'angle des prismes en dehors, et il s'arrête au verre qui lui fait voir les deux points sur la même verticale. C'est ce verre, avec l'arête tournée à l'opposé, c'est-à-dire vers le nez, qu'il convient de donner au malade, ou plutôt il faut lui donner deux verres, entre lesquels on répartit l'angle qu'on vient de déterminer.

Pour s'assurer que l'angle est bien réparti, on met le stéréoscope devant les yeux du malade, munis de leurs verres; quand la répartition est bien faite, il ne doit pas être tenté de mettre la tête de travers.

Entre chaque essai, le médecin doit porter son regard à l'horizon, de manière à ramener ses axes optiques au parallélisme, avant de mettre devant ses yeux le stéréoscope et le verre à essayer.

Quand on a choisi le verre convenable pour fusionner les images des objets éloignés, on détermine aisément par une table le verre qu'il faut pour une distance donnée. On peut même éviter l'emploi de la table, en ajoutant un prisme convenablement déterminé devant l'un des verres du stéréoscope.

Il arrive, dans le cas d'un strabisme très-convergent, que les deux pains, bien que presque tangents à la limite commune des deux champs, ne paraissent pas encore sur la même verticale. Dans ce cas, on ne sera pas tenté de recourir aux prismes. Si l'on veut pourtant les déterminer, il suffit d'interposer entre l'un des yeux du strabique et le stéréoscope, lors du premier essai, un prisme de dix degrés, par exemple, pour pouvoir placer le second pain à cacheter. C'est alors un prisme de dix degrés plus fort que celui déterminé par le second essai, qu'il faut donner au malade.

Il est nécessaire de faire voyager le point B de *gauche à droite*, comme il a été recommandé, et non de droite à gauche, car, si l'on opérait de cette dernière manière, il pourrait arriver que, l'œil droit suivant ce point B, l'œil gauche se mît aussi à converger, et la détermination pourrait devenir impossible, ou, tout au moins, donnerait des résultats très-inexacts.

On a deviné le motif pour lequel je ne mets pas les deux pains à cacheter sur la même verticale: c'est pour dissocier les images comme dans la méthode de Graefe. On évite aussi par là ce qu'on peut appeler de la vision binoculaire, phénomène qui se présente chez certains strabiques. (*Annales d'oculistique*, décembre 1863.)

Kyste de l'ovaire uniloculaire enflammé; ponction; canule à demeure; injections iodées; guérison. Sous ce titre, M. le docteur A. Desprez vient de lire à la Société de chirurgie une observation qui, en raison des préoccupations actuelles sur le sujet et en raison aussi de l'intérêt qu'elle offre en elle-même, mérite d'être résumée ici dans ses principaux détails. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, laquelle vit apparaître, il y a quatre ans, à la suite de troubles menstruels, une tumeur dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur a le volume d'une tête d'adulte; elle est bien circonscrite, tendue, régulièrement globuleuse, mate, rénitente, avec fluctuation obscure. Elle s'est lentement accrue de-

puis quatre ans et donne lieu fréquemment à des phénomènes physiques et fonctionnels, tels que douleurs dans le ventre et dans les reins, irrégularités menstruelles, malaises généraux, perte des forces, etc.

Le 29 mai dernier, à la veille d'une de ses époques, la malade fut prise de vomissements bilieux qui revenaient de temps en temps. Les règles survinrent le 3 juin; les vomissements redoublèrent aussitôt et prirent le caractère de vomissements incoercibles. Les matières vomies avaient une odeur fétide; les selles étaient supprimées; la face, amaigrie, terreuse, indiquait de vives souffrances; le pouls était accéléré. En présence de ces signes, de l'évolution connue de la tumeur et de sa réaction présumée sur les fonctions digestives, le diagnostic fut: kyste de l'ovaire uniloculaire enflammé. Il était difficile de rapporter à une péritonite des accidents semblables, qui auraient depuis onze jours et qui eussent certainement déjà conduit la malade à la mort. D'un autre côté, l'absence de ballonnement du ventre au-dessus du kyste repoussait la croyance à un simple obstacle au cours des matières. M. Velpeau ayant conseillé d'abord de faire une punction exploratrice, puis une ponction avec le gros trocart, on enfonça, en premier lieu, le trocart capillaire au lieu d'élection : il s'échappa une goutte de liquide séro-sanguin. Introduit à travers cette première ouverture, le gros trocart, qui se tournait en tous sens dans la poche kystique, donna issue à environ 500 grammes de liquide séro-sanguin fétide, lequel offrit, au microscope, des globules de pus, des globules granuleux et quelques globules sanguins altérés. La canule fut fixée à demeure. L'opération avait été faite le matin; le soir il s'écoula environ 600 grammes de liquide semblable au précédent, contenant à la fin du pus grisâtre, et donnant une odeur fétide. La malade est très-soulagée, elle n'a pas vomi depuis la punction; un lavement réitéré a amené une selle liquide abondante.

Du 10 au 14 juin, il sort chaque jour 100 grammes du même liquide, purulent à la fin. La canule est tombée le 13 dans la matinée; la malade ne souffre pas. Une nouvelle ponction est faite avec le gros trocart à travers l'ouverture cutanée, qui persiste; il sort de 350 à 400 grammes de liquide séro-purulent avec quelques grumeaux. La canule est maintenue en place. Bouillon, eau de Seltz. Le 17, après l'évacuation de trois cuillerées de liquide purulent, on fait une injection avec un tiers de teinture d'iode pour deux tiers d'eau tiède. Le 22, santé générale excellente; tous les jours il sort une petite quantité de pus crémeux; nouvelle injection iodée. Le 25 au soir, les règles apparaissent et s'arrêtent le lendemain, sans accident; la malade se tient quelques heures dans un fauteuil. Tous les quatre jours, jusqu'au 10 juillet, une injection semblable aux précédentes est faite; la tumeur est vidée aussitôt, et chaque fois il s'en écoule environ 90 grammes de liquide purulent, avec grumeaux blanchâtres, fibrineux. Le kyste se réduit du volume d'une orange à celui d'un gros œuf. Le 16 juillet, les règles reviennent, la malade reste plus longtemps levée et vaque, sans en être incommodée, à quelques occupations. Le 5 août, la canule sort; une sonde en gomme élastique est introduite le soir; elle fait souffrir la malade et tombe dans la nuit. La canule du trocart est remise avec quelques difficultés. Après quelques alternatives insignifiantes, une nouvelle injection iodée est faite le 31 août. Une sonde de femme est à demeure. État général excellent, embonpoint. Le liquide évacué est de moins en moins abondant, mais renferme toujours des globules de pus. Quatre nouvelles injections sont faites, à de courts intervalles, jusqu'au 4 octobre, époque à laquelle le kyste est tellement réduit, qu'on le sent difficilement à travers la paroi abdominale, et qu'un stylet introduit par la fistule fait supposer que sa cavité n'a guère que l'étendue d'une grosse noix.

Le 6 octobre, injection, pour la première fois, de teinture d'iode pure. Du 8 au 20, huit injections de même nature. Le 30, hémorrhagie assez abondante, sans trouble de la santé. Deux nouvelles injections, le 1er et le 6 novembre. Dans le but de déterminer une poussée inflammatoire dans les débris du kyste, un morceau de gentiane a été introduit par trois fois, du 9 novembre au 3 janvier. Le 5 janvier, il sort du liquide séreux clair. Après cinq nouvelles injections de teinture d'iode pure, faites à l'aide de la canule du trocart explorateur, la fistule s'est complétement fermée le 21 janvier. La fosse iliaque est libre. En déprimant la paroi abdominale, on sent seulement une tuméfaction aplatie,

du volume d'un petit œuf, suivant les mouvements de cette paroi. La santé générale est excellente ; la malade se livre à ses occupations d'intérieur.

La malade, revue longtemps après, est restée guérie. On ne sent plus qu'une sorte de bride à travers la paroi abdominale. Ce fait porte en lui de nombreux enseignements, que sa lecture fera suffisamment ressortir ; nous nous bornerons à faire remarquer cette particularité très-digne d'attention, c'est qu'une canule d'argent a pu séjourner à demeure dans un kyste uniloculaire de l'ovaire pendant plus de sept mois, sans danger pour le péritoine.

Fractures de la rotule. Appareil contentif de M. A. Bertherand. A l'occasion d'un cas de fracture transversale de la rotule, observée chez une femme nerveuse et peu docile, M. A. Bertherand fait connaître la méthode de traitement qu'il applique, dit-il, avec un égal succès à toutes les fractures de cet os. La période de gonflement, quand elle existe, ayant disparu après quelques jours d'immobilisation des parties nues et recouvertes de compresses résolutives, dans une gouttière (de Bonnet) ou autre moyen analogue, et une bande ayant été roulée depuis les orteils jusqu'à la jointure blessée, une forte couche de coton-ouate est assujettie par quelques circulaires, au-dessus et au-dessous du genou, de manière à former un coussin protecteur des saillies osseuses articulaires, contre les moyens de coaptation dont l'auteur donne la description suivante : « Je coupe, dit-il, dans une feuille de carton fort, quatre attelles de 7 à 8 centimètres de large sur une longueur de 16 à 18 centimètres ; deux d'entre elles sont échancrées *angulairement* à l'une de leurs extrémités, de manière à embrasser l'extrémité inférieure *aiguë* de la rotule. Les deux autres sont également échancrées mais *circulairement*, de manière à s'adapter exactement au bord supérieur de l'os. Une attelle de chaque espèce, enduite sur les deux faces d'une légère couche de dextrine, est d'abord placée au-dessus et au-dessous de la rotule, de manière à ce que celle-ci s'enchâsse exactement dans le trou polygonal formé par la réunion des deux échancrures disposées en regard l'une de l'autre. Sur les faces dorsales des deux attelles on colle deux lanières de toile empruntées à une bande ordinaire, longues chacune d'un mètre, et disposées de telle sorte que leurs bouts libres se développent en bas vers le pied, en haut vers le bassin. Chacune des deux attelles reçoit la seconde attelle semblable, préalablement enduite de dextrine et qui lui est exactement superposée ; après quoi chaque jet de bande est replié : l'inférieur de bas en haut, le supérieur de haut en bas, si bien qu'en tirant sur chacun d'eux en sens inverse, les deux pans d'attelles se rapprochent par leurs bords échancrés et forment un trou complet dans lequel les fragments rotuliens sont rapprochés et encastrés. On croise et recroise successivement les bandes en sens inverse au devant de l'os, après avoir chaque fois passé sur elles un tour de circulaire de haut en bas. On recouvre le tout d'un bandage roulé dextriné, destiné principalement à assujettir une attelle postérieure de bois mince ou de carton fort, et le membre est maintenu jusqu'à dessiccation parfaite dans une gouttière rigide, le talon un peu relevé. Quand le tout est bien solidifié, le malade peut marcher avec des béquilles, le pied soutenu dans un étrier de suspension, facilement établi au moyen d'une simple bande passée sur le col et les épaules, entrecroisée au-devant de la cuisse et dont les deux jets se nouent sous la plante du pied. » S'il ne survient aucun incident, le bandage est abandonné à lui-même jusqu'au cinquantième jour ; sinon, dans le doute, et c'est d'ailleurs une sage précaution, on le visite et on le réapplique du quinzième au vingtième jour. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, déc. 1863.)

Suites d'une plaie du crâne se prolongeant pendant vingt et un ans. Le fait suivant, rapporté par le docteur Neuhaus, de Munster, est remarquable par la longue durée de l'existence après une lésion des os du crâne qui semblait devoir amener promptement la mort.

Obs. Le 11 mars 1828, H. R***, âgé de quarante-cinq ans, reçut sur le côté droit de la tête un violent coup de couperet de boucher. La plaie cutanée avait 5 pouces de longueur, la lamelle externe du frontal et du pariétal, était fendue dans une étendue de 4 pouces 1/2, la lamelle interne fracturée et déprimée. R*** fut renversé du coup, mais on le releva aussitôt et on le conduisit chez lui. Arrivé cinq minutes après, le docteur Neuhaus trouva cet homme en pleine connaissance, assis sur une

chaise. La plaie fut nettoyée, plusieurs esquilles enlevées, et l'on pratiqua une saignée qui fut renouvelée plusieurs fois. Il fallut trépaner pour soulever les lamelles osseuses qui pressaient sur le cerveau. Il survint des vomissements, mais le malade ne perdit pas connaissance. Pendant les huit premiers jours, la vie de R*** fut en danger ; la suppuration devint abondante, et dans les premiers jours de mai il fallut enlever plusieurs fragments osseux. D'autres fragments se détachèrent encore au mois d'août, puis la dure-mère se couvrit de bourgeons charnus, et la plaie se ferma au mois de décembre. La partie dénudée et privée d'os avait une étendue considérable et un demi-pouce de profondeur. Un an seulement après l'accident, R*** put se livrer à quelques occupations peu fatigantes ; il éprouvait de la pression et des tiraillements dans la tête, mais ces symptômes diminuèrent et ne l'empêchèrent pas de travailler à la journée. Au bout de huit ans, ses vertiges habituels augmentèrent à tel point, qu'il ne pouvait plus marcher qu'avec un bâton qu'il tenait à deux mains. Il s'y joignit peu à peu une roideur de l'extrémité inférieure et du bras gauche, puis de l'œdème. Six ans plus tard les mêmes symptômes se montrèrent du côté droit, R*** fut obligé de garder le lit, et il fallut lui donner à manger. Du reste il avait la mine et l'appétit d'un homme bien portant. La parole devint d'année en année plus inintelligible. Enfin, une mort tranquille vint délivrer cet homme de ses maux, le 5 novembre 1848, vingt et un ans après la blessure.

L'autopsie révéla un état parfaitement sain et normal du cerveau.

L'auteur appelle sur ce fait l'attention des médecins légistes à l'occasion des rapports qu'ils pourraient avoir à faire sur des blessures de ce genre. Il est certain que la maladie qui priva cet homme de la faculté de travailler et qui ne survint qu'au bout de huit ans, reconnaissait pour cause le coup qu'il avait reçu. Il y aurait donc eu lieu d'exiger des dommages-intérêts en conséquence. (*Vier. fuer Gerith.* et *Gaz. méd.*, décembre.)

VARIÉTÉS.

De l'emploi du bandage dans les cas de déplacement secondaire du testicule.

Le rôle du chirurgien n'est pas toujours terminé alors que le testicule a quitté le canal inguinal ; l'observation prouve que cet organe peut ne pas poursuivre sa marche au delà de cette région. On le voit, en effet, dans quelques cas, dès sa sortie de l'anneau aponévrotique du grand oblique, se porter en haut et en dehors, ou remonter en haut et en dedans, et se placer sous la peau, ou bien enfin s'arrêter dans le scrotum à mi-chemin de sa dernière étape. MM. Cruveilhier, Gama, Dumoulin, Follin, en ont fourni des exemples ; mais l'étude anatomo-pathologique de ces variétés n'a pas été faite avec assez de soin pour qu'on puisse en apprécier sûrement les causes, et surtout déterminer d'une manière précise les chances réservées à l'intervention de l'art.

Deux causes peuvent cependant être signalées : la brièveté du cordon testiculaire, et l'action trop énergique du crémaster.

L'arrêt de développement du cordon est-il réellement la seule cause qui s'oppose à la descente du testicule, et la résistance du tissu cellulaire à travers lequel il doit se frayer une voie, n'apporte-t-il pas sa part d'obstacles à la marche de l'organe ?

On est forcé d'admettre qu'une fois sorti du canal, la migration du testicule ne reconnaît plus qu'une influence, celle de la pesanteur ; or, le poids de l'organe montre combien l'action de cette cause doit être faible. D'un autre côté, le développement du scrotum n'a aucun rapport avec celui du testicule et se trouve intimement lié avec le développement des organes génito-urinaires ; il peut donc, de son côté, apporter une résistance à la descente du testicule. L'on serait plus étonné du petit nombre des exemples des déplacements secondaires du testicule, si on n'avait appris que toutes les fois qu'un phénomène est dans les plans de la nature, il s'accomplit même sous l'influence d'actions dont la simplicité nous étonne.

Toutefois, plus faible est l'influence d'une cause, plus profitable sera l'inter-

vention de la chirurgie, quand le moyen qu'elle met en œuvre agit dans le même sens, ajoute à son action.

Partant de ces données, nous n'hésitons pas à conseiller l'emploi des bandages herniaires dont les pelotes, disposées en bec de canne, préviendront le retour en arrière du testicule, et le laisseront par là plus complétement sous l'influence de l'action de la pesanteur. L'innocuité de l'essai de ce moyen mécanique, joint aux bons effets que nous avons à signaler dans des cas de déplacements consécutifs à l'action exagérée du crémaster, légitiment notre manière de voir et le conseil que nous donnons.

Lorsque le cordon est par trop court, ou que le testicule reste suspendu à la partie supérieure de la bourse correspondante, nous venons de voir qu'il avait une tendance à rentrer dans le canal inguinal ou à remonter sous la peau au pourtour de l'anneau externe. Cet accident ne s'observe pas seulement dans les descentes incomplètes de l'organe, il peut également avoir lieu quand la glande a atteint le fond du scrotum et occupe par conséquent sa position normale. Dans ces cas, l'ascension de l'organe est le résultat des contractions spasmodiques du crémaster.

La constitution anatomique du muscle suspenseur du testicule, si bien décrite par M. le professeur Jules Cloquet, nous fournit l'explication de cet accident. Les contractions de ces muscles sont quelquefois si brusques et si énergiques, que la glande, dans son mouvement de recul, pénètre dans le canal inguinal, ou vient heurter contre les piliers de l'anneau externe. La sensibilité de l'organe fait que ce phénomène est toujours accompagné de douleurs très-aiguës.

Les exemples en sont nombreux dans la science, et un des plus curieux est celui cité par Arnaud. Ce chirurgien dit avoir connu un jeune conseiller au Parlement dont les testicules, chaque fois qu'il était en compagnie de dames, remontaient dans les canaux inguinaux, et lui causaient des douleurs si vives, qu'il était forcé de se retirer.

Ce fait pathologique peut se produire même chez les enfants au maillot, et, dans ce cas, l'emploi d'un bandage est le moyen le plus prompt de triompher des accidents et d'en prévenir le retour. M. le docteur Wickham nous a dit avoir en ce moment dans sa clientèle un enfant de deux ans, qui, dans les premiers mois de sa naissance, fut pris d'accidents si sérieux, qu'un instant on les rapporta à un étranglement herniaire. La forme des tumeurs, leur position en avant de l'anneau externe du canal inguinal, l'absence des testicules dans le scrotum, vint éclairer le diagnostic et montrer que ces tumeurs étaient constituées par le déplacement de ces glandes. L'usage de bains et l'emploi d'une pommade belladonée calmèrent les douleurs; de douces tractions ramenèrent les testicules dans le scrotum et l'emploi d'un bandage double, à petites pelotes mobiles et ovales, s'oppose au déplacement des glandes et au retour des accidents.

Nous pouvons ajouter l'exemple suivant. Un jeune étudiant en médecine, âgé de dix-neuf ans, se trouvait privé de tous les plaisirs de son âge, par suite de contractions spasmodiques de ses muscles crémasters. Elles étaient si énergiques, qu'elles forçaient les glandes, la droite surtout, à rentrer dans les canaux inguinaux, où elles étaient douloureusement comprimées. Dès qu'un bandage double, à pelotes en bec de canne, lui fut appliqué, les accidents cessèrent. Il put prendre de l'exercice, et, sous l'influence du saut à la corde et de la danse, qu'il aimait beaucoup, les testicules, restés à mi-chemin de leur descente complète, ne tardèrent pas à atteindre le fond du scrotum. M. Guersant a été témoin, comme nous, des effets rapides de l'intervention de la prothèse dans ce cas.

Ces faits sont trop peu nombreux encore pour mettre hors de doute l'utilité de l'emploi du bandage comme moyen de compléter la descente du testicule dans les bourses; toutefois ils suffiront pour provoquer de nouveaux essais.

(*La suite au prochain numéro.*)

On nous prie d'insérer la note suivante : « Des convenances de famille obligeant un médecin très-considéré et très-occupé d'abandonner l'exercice de sa profession dans un chef-lieu de canton du département de la Gironde qui est riche, très-peuplé et parfaitement habité, ce médecin désirerait trouver un confrère sérieux et distingué, auquel il pourrait céder l'excellent poste qu'il occupe. — S'adresser au docteur J.-J. Cazenave, rue des Treilles, 1, à Bordeaux. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Par M. le docteur J. MAZADE (d'Anduze).

Les formes et les périodes diverses que présente la fièvre typhoïde, les influences puissantes qu'elle reçoit des constitutions épidémiques, des pays, des individualités, etc., sont autant de conditions qui doivent s'opposer à l'adoption d'un mode de traitement invariable. Cependant, lorsque la maladie s'aggrave et que les méthodes rationnelles restent impuissantes, la voie de l'expérimentation est justifiée par l'imminence du danger. Elle est même un devoir de la part du médecin, mais jamais elle ne doit s'écarter des limites d'une prudence convenable.

Ces considérations et cette disposition d'esprit ont présidé aux recherches que j'ai entreprises sur l'emploi des préparations mercurielles (*Bulletin général de Thérapeutique*, t. VII, VIII et XXXV) et du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il ne sera question dans ce travail que de celles qui se rapportent à cette dernière médication.

L'emploi du sulfate de quinine à hautes doses a été proposé, dans ces derniers temps, comme méthode générale de traitement de la fièvre typhoïde. Préconisé par le docteur Broca, il fut essayé d'abord, avec quelque succès, par MM. Jadelot, Blache, Briquet, Guersant, etc.; plus tard, d'autres épreuves ne lui furent pas également favorables. Des accidents plus ou moins graves furent même imputés à son application. Pour concilier des résultats aussi divergents, de nouvelles expérimentations me paraissaient nécessaires. Il convenait surtout, dans ces sortes d'investigations, de rechercher les conditions qui pourraient justifier l'intervention de ce mode de traitement, et expliquer ainsi l'importance que quelques observateurs lui avaient attribuée.

J'entrepris quelques essais dans ce but. Je commençai par employer les doses élevées de sulfate de quinine qui avaient été proposées. Six malades, atteints de fièvre typhoïde grave, furent soumis à cette expérimentation thérapeutique. Il y eut aggravation de la maladie et nécessité de supprimer le traitement.

Je voulus m'assurer si, en réduisant les doses du remède à 1 gramme par jour, les effets de son action ne seraient pas heureusement modifiés. Chez dix malades, atteints, comme les pré-

cédents, de fièvre typhoïde grave, cette nouvelle expérimentation donna les résultats suivants. Chez six d'entre eux, des vomissements, des douleurs épigastriques survinrent; la stupeur, le délire, le météorisme, etc., augmentèrent. La maladie avait une marche continue; le traitement fut abandonné dès le second ou le troisième jour. Chez les quatre autres, au contraire, il y eut amélioration rapide, suivie d'une convalescence définitive. Trois de ces malades présentaient la forme rémittente; le quatrième avait des exacerbations rapprochées.

Cette médication, que je constatai si efficace dans la fièvre typhoïde rémittente, le serait-elle également dans les cas où, comme chez notre quatrième malade, il existerait des exacerbations plus ou moins régulières et reproduites à de courts intervalles? C'est ce que je cherchai à vérifier.

Sur soixante et onze cas de fièvre typhoïde grave, observés dans l'espace de plusieurs années, dans des localités éloignées de toute influence paludéenne et dans lesquelles l'élément intermittent ne se montre qu'exceptionnellement, huit furent caractérisés par des rémissions et dix-huit par des exacerbations plus ou moins régulières et se renouvelant à des intervalles rapprochés.

Ces vingt-six cas furent traités sans exception par le sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme par jour. Chez quatre malades seulement, cette méthode se montrait nuisible. Elle fut promptement supprimée.

Dans toutes les autres observations qui complètent le chiffre de soixante et onze, la marche de la maladie fut continue. Plusieurs cas de cette catégorie existaient simultanément dans les mêmes lieux et souvent dans les mêmes habitations que les précédents. L'action du sulfate de quinine fut encore éprouvée ici, dans neuf cas de fièvre typhoïde continue. Ce nouvel essai ne réussit que trois fois. Dans tous les autres cas qui, dès le second ou le troisième jour, n'avaient pas été heureusement modifiés, l'administration de ce médicament fut supprimée et remplacée par d'autres modes de traitement.

Je ne rapporterai, dans ce travail, que des observations de fièvre typhoïde se révélant sous des formes rémittente ou paroxysmale. Ce n'est que lorsque la maladie a présenté l'une ou l'autre de ces modifications dans sa marche, que j'ai constaté presque exclusivement l'utilité du sulfate de quinine.

Obs. I. *Rémissions observées dès le treizième jour de l'invasion de la fièvre typhoïde. — Emploi du sulfate de quinine pendant*

sept jours. — Amélioration. — Guérison le vingt-septième jour. — G***, âgé de dix-neuf ans, d'une forte constitution, fut pris, dans le mois d'octobre 1850, de céphalalgie et d'un malaise général. Fatigué, découragé, il fut obligé de prendre le lit dès le lendemain. Les jours suivants, air d'hébétude, réponses lentes et parfois vagues, tension abdominale, dévoiement, fréquence du pouls, céphalalgie, épistaxis, langue sèche, jaunâtre, agitation et délire pendant les nuits. (Pour traitement principal, eau de Sedlitz.)

Le dixième et le onzième jour, la maladie s'aggrave; le douzième jour, traits de la face empreints de stupeur, assoupissement, que remplaçaient de temps en temps une vive coloration du visage et du délire aigü; soubresauts dans les tendons, décubitus dorsal, dureté de l'ouïe; pouls fréquent (110 pulsations), cédant facilement à la pression du doigt; diarrhée, selles parfois involontaires; abdomen météorisé; gargouillement perçu dans la fosse iliaque droite; enduit fuligineux sur la langue, les lèvres, les dents; nombreuses taches rosées, lenticulaires, sur les téguments de l'abdomen.

Sans que cet état grave perdît de son intensité, le treizième et le quatorzième jour, dans la matinée et pendant près de cinq heures, la physionomie se dépouilla en grande partie de son air de stupeur, l'assoupissement se suspendit, les idées devinrent lucides, le pouls offrit moins de fréquence et plus de résistance. Avant l'apparition de ces améliorations inattendues, la peau se recouvrit de sueur, un refroidissement notable des extrémités en annonça la cessation.

Le quinzième jour, mêmes symptômes : amendement pareil aux précédents, également passager et survenant aux mêmes heures, précédé de sueur et terminé par du frisson. (1 gramme de sulfate de quinine.)

Le seizième jour, même état, même amélioration momentanée. (1 gramme de sulfate de quinine.)

Dès le dix-septième jour, les désordres du système nerveux diminuèrent d'intensité, le pouls se releva et perdit de sa fréquence; plus d'alternatives de rémissions et de paroxysmes. Pendant quelques jours encore l'abdomen continua à être ballonné, la bouche resta encroûtée et les forces déprimées.

Le septième jour de son emploi, le sulfate de quinine fut discontinué, la bouche s'était humectée, son enduit fuligineux avait disparu; le météorisme, la diarrhée avaient cessé; l'intelligence était rétablie. Cette amélioration fit des progrès rapides; bientôt la convalescence se déclara d'une manière définitive.

Obs. II. *Rémissions constatées le onzième jour de l'invasion de la fièvre typhoïde. — Emploi du sulfate de quinine pendant sept jours. — Amélioration. — Guérison le vingt-quatrième jour.* — F***, âgé de quatorze ans, d'une constitution débile, avait éprouvé, dans les premières années de la vie, une affection convulsive qui avait laissé de l'affaiblissement et de l'atrophie dans l'un des membres inférieurs. Il fut pris, dans le mois d'août 1842, après

avoir bu de l'eau froide pendant qu'il avait le corps en sueur, de frisson et de douleur au-dessous du sein gauche. Les jours suivants il y eut de la dyspnée, de la toux, une expectoration rouillée et visqueuse, de la matité, du souffle bronchique. A la suite d'un traitement antiphlogistique et révulsif et de l'apparition d'une abondante sueur, la résolution de la phlegmasie pulmonaire s'opéra le dixième jour de l'invasion.

Il y avait cinq jours que ce jeune garçon était convalescent, la toux n'existait plus, la respiration était normale, il avait même quitté le lit depuis deux jours, lorsque, sans cause appréciable, il éprouva de la céphalalgie, des douleurs contusives dans les membres, de la fièvre. Les forces, qui commençaient à reparaître, tombèrent rapidement; la langue devint sèche, la soif vive. Cependant aucun désordre ne persistait du côté de l'appareil respiratoire.

Le quatrième jour de l'invasion de ces nouveaux symptômes, le malade avait été agité et avait déliré pendant la nuit; le matin, il était abattu, couché sur le dos, dans un état de prostration; le pouls était fréquent (100 pulsations), la peau chaude et sèche; une épistaxis survint. (Boissons acidules, sinapismes, vésicatoires aux jambes.)

Le cinquième jour, agitation, morosité, de temps en temps délire; le malade cache le plus souvent la tête sous les couvertures; lorsqu'on le découvre, il regarde d'un air étonné, il refuse de répondre; le ventre est développé, la langue a bruni; nouvelle épistaxis.

Le sixième jour, physionomie plus altérée, délire fréquent, aridité et coloration brune de la langue, somnolence, dévoiement. Les jours suivants, la stupeur, le météorisme abdominal, le trouble des facultés intellectuelles augmentèrent, le dévoiement persista.

Le dixième jour, stupeur et prostration portées à un haut degré d'intensité, langue sèche et noire, abdomen ballonné, perception de gargouillements dans la fosse iliaque droite, selles liquides, souvent involontaires, alternatives de délire loquace et de taciturnité, tremblements des mains et de la langue, refus de boire, fréquence et petitesse du pouls, râle sibilant, taches rosées lenticulaires sur l'épigastre et à la base du thorax, les surfaces des vésicatoires offrent un aspect grisâtre et exhalent une odeur fétide.

Le onzième jour, même état. Vers les cinq heures de l'après-midi la peau se recouvrit de sueur. Bientôt après, les troubles de l'intelligence, les mouvements nerveux, l'air de stupeur, la petitesse du pouls, offrirent une diminution remarquable qui se prolongea au-delà de quatre heures. Ensuite du frisson survint et avec lui reparut toute l'intensité de la maladie.

Le douzième jour, une amélioration pareillement momentanée se manifesta dans la matinée; son apparition fut également précédée de sueur et suivie de frisson; le malade refuse de boire. (80 centigrammes de sulfate de quinine furent donnés en lavements.)

Le treizième jour, nulle modification dans les symptômes; amélioration passagère dans l'après-midi. (Même prescription.)

Le quatorzième jour, absence de rémission, intensité moindre dans les symptômes et principalement dans ceux de l'innervation

et de la circulation, aspect meilleur des plaies des vésicatoires. (Un gramme de sulfate de quinine peut être administré en potion.)

Le cinquième jour de l'emploi de cette médication, on n'observe plus de symptômes graves. Le septième jour, la médication est suspendue. Alors la convalescence commençait : sa durée fut longue ; les deux graves maladies qui avaient succédé presque immédiatement l'une à l'autre, avaient produit une débilitation profonde ; d'ailleurs, les ulcérations des surfaces des vésicatoires causèrent pendant quelque temps une vive inquiétude.

Obs. III. — *Exacerbations observées dès le quinzième jour de l'invasion de la fièvre typhoïde. — Emploi du sulfate de quinine pendant huit jours. — Amélioration, — Guérison le trentième jour.* — Mme P***, âgée de trente-six ans, d'une constitution délicate, mais n'ayant jamais eu de maladies graves, fut prise brusquement de céphalalgie, de douleurs dans les lombes et de fièvre. Les jours suivants, elle éprouva un sentiment de faiblesse musculaire et un abattement moral prononcés. Il y eut des alternatives de dévoiement et de constipation, des épistaxis.

Le neuvième jour, commencement de stupeur, propos quelquefois incohérents, face tantôt pâle et tantôt colorée, céphalalgie intense, langue rouge et sèche, léger météorisme, augmentation de sensibilité et perception de gargouillement vers la fosse iliaque droite, diarrhée, somnolence, décubitus dorsal, pouls accéléré, dépressible, mouvements embarrassés. Cet état n'augmenta pas d'une manière notable pendant cinq jours. (Sangsues aux cuisses, sinapismes, boissons émollientes.)

Le quinzième jour, aggravation des symptômes : augmentation de la stupeur, du désordre intellectuel, de la prostration ; encroûtement fuligineux de la bouche, dévoiement ; respiration sibilante, toux peu fréquente ; somnolence presque continuelle, rêvasseries ; pouls lent et peu résistant. Vers le milieu du jour, et sans qu'aucun signe de refroidissement se manifestât, il survint une agitation intense, une vive coloration de la face, de l'injection aux conjonctives, du délire aigu, une exaltation des forces ; le pouls s'accéléra, il offrit une plus grande résistance. Cet accroissement d'intensité dans les phénomènes morbides ne se dissipa que dans la nuit, progressivement et sans que la peau présentât la moindre trace de moiteur.

Le seizième jour, même état. Vers les six heures du soir, une exacerbation pareille à celle de la veille apparut sans refroidissement précurseur, elle se prolongea jusqu'au matin. Vers son déclin, la peau se recouvrit d'une légère sueur. Ce jour-là de nombreuses taches rosées lenticulaires furent observées sur les téguments de l'abdomen.

Le dix-septième jour, mêmes symptômes. Un gramme de sulfate de quinine fut administré dans le courant de la matinée. Dans l'après-midi, paroxysme intense, qui persévéra jusqu'au lendemain matin; nul frisson ne le précéda, une sueur abondante en signala le déclin. Extension de l'éruption lenticulaire; des nausées succédèrent à l'ingestion du sulfate de quinine.

Le dix-huitième jour, même prescription. Tolérance du remède, nul paroxysme, ralentissement du pouls, abaissement de la chaleur cutanée; aucune autre modification ne s'opéra dans l'expression des symptômes.

Le dix-neuvième jour, absence d'exacerbation, diminution notable de la prostration, de la stupeur, de la perturbation des facultés intellectuelles. Constipation, pouls lent, mais résistant, pâleur des taches lenticulaires, persévérance de l'état fuligineux de la bouche et du météorisme. Pendant six jours encore l'emploi du sulfate de quinine fut continué, mais à doses décroissantes.

Les symptômes abdominaux ne tardèrent pas à s'amender.

Le trentième jour de l'invasion de la maladie, la convalescence était définitivement établie.

Obs. IV. *Exacerbations dès le treizième jour de l'invasion de la fièvre typhoïde. — Emploi du sulfate de quinine pendant sept jours. — Amélioration. — Guérison le vingt-cinquième jour.* — M. B***, âgé de trente-huit ans, d'une constitution nerveuse, mais habituellement bien portant, éprouva, pendant plusieurs jours, de la morosité, des maux de tête, de l'aversion pour les aliments et pour le moindre exercice. Le 18 juin 1853, il fut pris de vertiges, de vomissements et de douleurs abdominales. Les jours suivants, il survint de la fièvre, de la céphalalgie, de la diarrhée, des épistaxis.

Le septième jour de l'invasion de ces symptômes, je vis le malade pour la première fois. La nuit avait été signalée par de l'agitation et du délire. J'observai l'état suivant : air d'abattement, conjonctives colorées en jaune, légère teinte ictérique de la peau, pouls plein et fréquent (110 pulsations), langue jaunâtre, soif, abdomen un peu développé, sensible à la pression, surtout vers l'hypocondre droit; aucune augmentation de volume du foie n'est appréciable; dévoiement, somnolence, idées empreintes de tristesse et de découragement, vive céphalalgie. (Sangsues à l'hypocondre droit, lavements émollients.)

Les jours suivants, les symptômes acquirent du développement : la langue brunit, l'abdomen se météorisa, la physionomie continua à s'altérer, les propos devinrent incohérents, le plus souvent ils avaient pour objet la crainte d'une mort prochaine; la diarrhée et la teinte ictérique persévèrent, cependant le volume du foie ne paraît pas être augmenté; des taches rosées lenticulaires apparaissent sur les téguments de l'abdomen.

Le treizième jour, décubitus dorsal, bouche encroûtée, somnolence, soubresauts dans les tendons, délire tranquille, selles liquides, parfois involontaires, diminution de la teinte ictérique, stupeur, pouls petit, accéléré (112 pulsations), commencement d'escarre au sacrum, taches rosées lenticulaires nombreuses. Vers le milieu du jour, face vultueuse, agitation intense, délire aigu, cris, exaltation des forces musculaires, pouls plein, dur, accéléré. Au bout de près de six heures, ce paroxysme cessa; nul refroidissement ne l'avait précédé, nulle sueur n'en indiqua le déclin. La nuit suivante, une exacerbation pareille se déclara, elle eût à peu près la même durée.

Le quatorzième jour, la région du foie n'offre aucune tuméfaction appréciable, la teinte ictérique s'est effacée, même expression dans les symptômes. (1 gramme de sulfate de quinine.) Deux paroxysmes analogues aux précédents, l'un vers le milieu du jour et l'autre dans la nuit, toujours avec même absence de frisson et de sueur.

Le quinzième jour, état plus grave, somnolence souvent remplacée par du coma, prostration extrême des forces, pouls plus rapide (120 pulsations), plus dépressible, ouïe obtuse. Deux exacerbations à peu près aux mêmes heures que les précédentes. (Même prescription.)

Le seizième jour, persévérance des mêmes symptômes; un seul paroxysme vers le milieu du jour, alternatives de refroidissement et de chaleur de la peau, plusieurs lipothymies. (Même traitement.)

Le dix-septième jour, cessation des exacerbations, stupeur, prostration moins prononcées, pouls lent, mais plus résistant, tendance fréquente au refroidissement, intelligence plus lucide, dévoiement moins fréquent. Dès ce jour, progrès non interrompus de l'amélioration, continuation de l'emploi du sulfate de quinine pendant quatre jours.

Le vingt-cinquième jour de l'invasion de la maladie, la convalescence était assurée.

Obs. V.—*Exacerbations dès le douzième jour de l'invasion de la fièvre typhoïde.—Emploi du sulfate de quinine pendant sept jours. — Amélioration. — Guérison le vingt-sixième jour.* — Mlle L***, âgée de seize ans et douée d'une bonne constitution, avait grandi rapidement, elle était menstruée depuis plus d'un an. Sans cause appréciable, elle fut prise de douleurs aiguës dans l'oreille droite, de gonflement de la joue correspondante, de céphalalgie, de vomissements et d'une réaction fébrile intense; épistaxis abondante pendant la nuit. Le lendemain, diminution de l'otalgie et de la tuméfaction de la joue, mais persistance de la fièvre et de la céphalalgie (sangsues, sinapismes).

Le surlendemain, cessation de l'otalgie et de la tuméfaction de la joue; épistaxis, langue sèche et jaunâtre, nausées, vomissements, douleur sus-orbitaire violente, physionomie moins mobile, tendance au sommeil, pouls plein et fréquent. (Nouvelle application de sangsues.) Les jours suivants, persistance de la céphalalgie, langue brune, expression d'étonnement, somnolence, réponses lentes, ouïe obtuse, décubitus dorsal, développement de l'abdomen, dévoiement, perception de gargouillement et augmentation de sensibilité dans la fosse iliaque droite, pouls fréquent, plusieurs épistaxis.

Le onzième jour, stupeur, somnolence, toux, râle sibilant, météorisme abdominal, diarrhée, trouble fréquent dans les idées, aphthes nombreux sur la membrane muqueuse de la bouche, langue brune, déglutition difficile, pouls tantôt lent et tantôt accéléré, alternatives de pâleur et de coloration de la face, vives inquiétudes dans les membres inférieurs, éruption de nombreuses taches rosées lenticulaires sur l'épigastre et les hypocondres.

Le douzième jour, pendant la nuit, agitation fébrile intense, délire aigu, efforts réitérés pour sortir du lit, pouls plein, fréquent.

Après une durée d'environ cinq heures, cette exacerbation cessa progressivement sans être précédée de frisson ni suivie de sueur; un nouveau paroxysme se renouvela dans l'après-midi avec une pareille intensité.

Le treizième jour, l'état de la malade s'était aggravé; forces plus déprimées, météorisme considérable, selles liquides, souvent involontaires, somnolence profonde, délire presque continuel, tendons agités de soubresauts, extension de l'éruption lenticulaire, pouls petit, très-accéléré. Deux paroxysmes pareils à ceux de la veille, l'un pendant la nuit et l'autre vers le milieu du jour. (1 gramme de sulfate de quinine.)

Le quatorzième jour, mêmes symptômes, deux paroxysmes. (Même prescription.)

Le quinzième jour, pour toutes modifications dans l'état de la malade, ralentissement dans les pulsations du pouls et un seul paroxysme (Même traitement.)

Le seizième jour, absence d'exacerbation, cessation de la diarrhée, pouls plus plein et moins rapide, peau halitueuse, somnolence et délire moins prononcés. Les autres symptômes persistent (Même prescription.)

Le dix-septième jour, nul paroxysme. Expression faciale meilleure, bouche moins encroûtée, abdomen moins volumineux, délire rare, selles nulles. Dès ce jour, l'amélioration progressa sans interruption. Du sulfate de quinine fut encore donné pendant quatre jours. La convalescence se déclara le vingt-sixième jour de l'invasion de la maladie.

Dans les observations que je viens de rapporter, comme dans les vingt et une autres de la même catégorie que je me suis borné à mentionner, il existait des phénomènes morbides graves; on avait à noter: de la stupeur, de la prostration, de la somnolence, du coma, du délire, du dévoiement, du météorisme, des fuliginosités de la bouche, des taches rosées lenticulaires, etc. Ces symptômes sont à la fois l'expression la plus intense et j'ajouterai même la plus fidèle de la fièvre typhoïde; la seule différence qui les distinguerait de ceux qui traduisent ordinairement l'existence de cette affection, ne résiderait que dans la forme rémittente ou dans les exacerbations qu'ils offrirent à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie.

En même temps que les observations qui nous ont présenté cette modification étaient recueillies, on rencontrait dans les mêmes localités et souvent dans les mêmes habitations, des exemples plus nombreux de fièvre typhoïde d'une physionomie aussi grave et assujettie à une marche continue. De tels exemples nous donnaient des termes précieux de comparaison et constituaient de véritables moyens de diagnostic.

Les faits qui m'ont fourni les éléments de ce travail ne surgirent qu'isolément ou qu'à des époques éloignées, ou en groupes trop peu nombreux ; ils ne pourraient être considérés comme l'expression d'une condition épidémique.

Sur les vingt-six observations de fièvre typhoïde grave, objet principal de cette étude, huit présentèrent un caractère franchement rémittent, des paroxysmes réguliers, quotidiens, le plus souvent un frisson initial et de la sueur à leur déclin, et, dans leurs intervalles, un ralentissement notable dans l'intensité des symptômes. Les autres offrirent des exacerbations plus ou moins régulières, rapprochées dans leur retour, rarement des frissons et de la sueur. Hors de ces exacerbations, les phénomènes morbides conservaient toute leur intensité. Ces exacerbations ressemblaient à celles qu'on observe dans un grand nombre de maladies aiguës.

Ces rémissions et ces exacerbations n'apparurent que lorsque la maladie eut atteint un degré d'intensité notable. Déclarées antérieurement, elles auraient offert une expression bien peu saillante pour échapper à notre observation prévenue sur la possibilité de leur existence.

C'est principalement dans les observations où les paroxysmes furent précédés de frisson et suivis de sueur que l'exploration de la rate indiqua une augmentation de volume supérieure à celle que cet organe acquiert ordinairement dans la fièvre typhoïde.

Le sulfate de quinine ne fut administré qu'après avoir constaté un nombre suffisant de rémissions ou d'exacerbations. La dose quotidienne fut d'un gramme, ordinairement en potion et à doses fractionnées; il fut donné pendant tout le temps que les phénomènes morbides persistèrent avec intensité, et plusieurs fois jusqu'à l'apparition de la convalescence; quatre fois seulement ce traitement se montra nuisible ; dans ces cas il y avait des exacerbations irrégulières. Dans tous les autres cas, ils ne survint jamais des accidents assez intenses pour obliger de le suspendre même momentanément.

Cette médication reposait sur des indications précises, lorsqu'il existait une forme franchement rémittente ; et sur des indications moins bien déterminées, lorsqu'on n'avait à observer, dans le cours de la maladie, que des exacerbations plus ou moins régulières, mais nullement annoncées par des frissons et terminées par de la sueur. Cependant, les résultats thérapeutiques furent à peu près également heureux dans l'un et l'autre genre d'expression de la maladie.

Quoique les doses de sulfate de quinine que j'employais fussent peu élevées et bien inférieures à celles qu'on a proposées contre la fièvre typhoïde, le rhumatisme, etc., plusieurs fois, néanmoins, les effets physiologiques de cette médication furent bien notables. Ils se traduisirent par des nausées, des vomissements, par le ralentissement du pouls, par l'abaissement de la température de la peau, par des vertiges, par un état obtus de l'ouïe, par des sueurs plus ou moins abondantes, etc.

Les premiers effets thérapeutiques du sulfate de quinine se firent ordinairement reconnaître par la cessation des rémissions ou des exacerbations; bientôt après ils s'étendirent aux désordres de l'innervation et à ceux de la circulation. Ce ne fut qu'ultérieurement que les autres symptômes furent heureusement modifiés.

Les résultats que j'ai obtenus de l'emploi de la même médication dans vingt et un cas de fièvre typhoïde à marche continue, diffèrent beaucoup des précédents.

Chez dix-huit malades, les premières doses de sulfate de quinine provoquèrent de l'aggravation ; elles furent suspendues dès le lendemain, au plus tard dès le surlendemain, et remplacées par d'autres modes de traitement.

Chez les trois autres malades, la même expérimentation thérapeutique fut suivie d'un plein succès. Il est vrai que, dans ces trois observations, la maladie se distinguait de toutes les autres par une prostration extrême des forces, par un état prononcé d'hébétude, par la lenteur du pouls, par l'encroûtement fuligineux de la bouche, par des déjections fréquentes et fétides, par des escarres, par une absence de symptômes ataxiques, etc. Est-ce à la physionomie éminemment adynamique de ces trois faits qu'il faut attribuer l'aptitude au succès? Est-ce là la proportion à laquelle devaient se borner les résultats heureux, dans le nombre des essais que je tentai dans les cas de fièvre typhoïde continue?

Les conclusions qui me paraissent résulter des recherches auxquelles je me suis livré sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde, seraient les suivantes :

1° Cette médication est incontestablement efficace dans les circonstances où la fièvre typhoïde se révèle sous une forme rémittente.

2° Elle est le plus souvent justifiée par le succès, lorsque des exacerbations plus ou moins régulières, mais rapprochées dans leur retour, se déclarent dans le cours de la maladie.

3° Elle est rarement utile et le plus souvent nuisible dans la fièvre typhoïde continue.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur trois cas d'iléus ayant leur cause matérielle dans des hernies et qui ont nécessité l'opération de la kelotomie, bien que, dans deux cas, il n'existât pas d'étranglement, et que cet accident n'existât qu'à un faible degré dans le troisième.

Par M. le docteur G. Goyrand, membre associé de l'Académie impériale de médecine.

Je parle ici un langage inusité, et c'est avec intention que j'évite de me servir dans le titre de ce travail du mot *engouement;* c'est que les faits que je vais rapporter sont exceptionnels et diffèrent beaucoup de ceux qui servent de base aux doctrines de Goursaud, que je crois d'ailleurs mal fondées. Voici les faits :

§ I. OBSTRUCTION DE L'APPAREIL DIGESTIF PAR DES MATIÈRES STERCORALES SOLIDES.

Obs. Ire — *Hernie scrotale non congénitale volumineuse chez un enfant de six mois; iléus ayant sa cause dans l'accumulation d'une grande quantité de matières fécales solides dans le colon iliaque hernié; opération nécessitée par cette obstruction.* — Le 20 août 1831, on me présenta, à l'hospice des enfants trouvés d'Aix, un enfant de six mois atteint d'une hernie scrotale, qui était irréductible depuis huit jours. A dater de cette époque, les selles s'étaient complétement supprimées, et il y avait eu de fréquents vomissements. Le scrotum était distendu par une tumeur ovoïde, très-dure, ayant son pédicule à l'anneau inguinal gauche. Les deux testicules étaient distincts dans le scrotum; le gauche était situé en arrière et au-dessous de la tumeur. L'abdomen était tendu; les traits étaient altérés; la ride naso-labiale était profondément déprimée. L'enfant repoussait le sein, et continuait de vomir. Je tentai la réduction à diverses reprises; le taxis paraissait occasionner de vives douleurs, et la tumeur ne cédait pas. Cependant le petit malade, qui souffrait depuis huit jours, était très-amaigri, ses forces s'épuisaient, sa voix s'éteignait. Le docteur Arnaud, mon chef de service, pensa comme moi, que l'opération était indispensable; je la pratiquai avec son assistance à quatre heures du soir. Je trouvai dans le sac tout le colon iliaque, distendu par des matières stercorales très-dures. Du reste, l'intestin n'était ni enflammé ni même passivement congestionné; il conservait sa couleur naturelle. La hernie n'était pas congénitale; il fallut débrider assez largement pour pouvoir repousser dans les parties de l'intestin

restées dans l'abdomen les matières qui distendaient l'anse herniée, et que peu à peu je fis rentrer par la pression, en les faisant passer comme à la filière à travers l'ouverture abdominale débridée. Quand l'anse intestinale eût été ainsi vidée des matières qu'elle contenait, elle put facilement être replacée dans le ventre. Pendant le pansement, le petit malade poussa une selle; il rendit en quelques instants une grande quantité de matières stercorales très-consistantes; après ces matières solides, vinrent des selles liquides très-abondantes. Après l'opération il n'y eut plus de vomissements; mais des évacuations diarrhéiques excessives, que rien ne put arrêter, épuisèrent les forces du petit malade, et le firent périr en quarante-huit heures.

A l'autopsie, nous trouvâmes le péritoine sain, le colon iliaque, qui avait formé la hernie, aussi décoloré à sa surface que le reste du paquet intestinal. La muqueuse digestive était pâle; les intestins contenaient une grande quantité de liquides à peine colorés en jaune; aucune lésion appréciable n'existait dans les organes qui avaient fourni cette sécrétion excessive.

Ce fait est curieux sous plusieurs rapports; d'abord par l'âge du sujet (six mois); je le publiai il y a plus de vingt-cinq ans, avec quelques faits de hernies étranglées, dans un recueil périodique qui n'eut que quelques mois d'existence (la *Presse médicale*); il fut plus tard cité par M. le professeur Malgaigne [1] comme le seul fait incontestable d'engouement de l'intestin hernié qui eût été publié. D'après les doctrines de Goursaud, l'engouement n'amènerait la nécessité de la kélotomie que lorsqu'il fait naître le véritable étranglement; or ici l'opération a été réclamée par l'engouement simple.

Si la hernie eût été formée par l'intestin grêle, l'état liquide des matières contenues dans cette partie du tube digestif eût préservé de l'accident; il en eût été de même si l'enfant eût été nourri comme doivent l'être les enfants de cet âge; car les matières stercorales n'auraient pas pris, dans ce cas, une pareille consistance; mais le pauvre enfant, élevé dans un hospice où les enfants étaient en beaucoup plus grand nombre que les nourrices, prenait bien plus de bouillie que de lait de femme; enfin, si le petit malade eût été soigné convenablement dès les premiers jours de l'accident, avant que les matières contenues dans l'S du côlon hernié se fussent

---

[1] *Mémoire sur l'étranglement herniaire*, in *Archives générales de médecine*, 3e série, t. XII.

desséchées et durcies, on serait parvenu, par le taxis et les laxatifs, à vider l'ans eintestinale et à la réduire; mais au point où en étaient les choses quand nous avons été appelés, le docteur Arnaud et moi, la réduction sans incision était devenue impossible.

§ II. ENGOUEMENT PAR DES GAZ INTESTINAUX.

J'ai rencontré dans ma pratique deux faits appartenant à cette catégorie. Voici quel en est le caractère général : par suite d'un état morbide de l'appareil digestif, une grande quantité de gaz se dégage dans cet appareil. Le ventre se ballonne, et c'est ce météorisme, quelquefois énorme, qui fait que la hernie, surmontant la résistance du bandage, s'échappe de la cavité abdominale, et vient distendre le sac. Il peut arriver que plusieurs anses intestinales chassées successivement du ventre par ce mécanisme, forment une très-grosse tumeur herniaire.

Cette cause d'accidents dans les hernies fut connue des anciens. Monro, d'Edimbourg, en fit mention ; et Covillard avait donné les signes distinctifs de cet état morbide, dans le passage suivant, que Goursaud reproduisit dans son Mémoire sur les différentes causes de l'étranglement dans les hernies (1) :

« Or il arrive parfois que l'intestin s'enfle tellement, qu'il ne peut être repoussé, soit que les flatuorités le tiennent ainsi bandé, soit que la matière fécale soit endurcie et le remplisse extraordinairement. On discerne ces flastuosités si le reste de l'abdomen en est tendu, si l'on en rend par la bouche, si l'on entend des borborygmes et rugissements dans les intestins, et si cette douleur tensive n'est accompagnée de pesanteur. »

Dans ce temps-là la percussion médiate n'était pas employée comme moyen de diagnostic. Voici mes deux observations :

DEUXIÈME FAIT : *Homme de quatre-vingts ans, hernie volumineuse ; balonnement très-considérable de la hernie et de l'abdomen ; accidents d'iléus ; opération le quatrième jour des accidents ; réduction difficile.* — Cet homme était atteint depuis trente ans d'une hernie scrotale du côté gauche, qu'il contenait au moyen d'un bandage défectueux ; de temps en temps, la hernie s'échappait, passant à côté de la pelote. Le malade alors rentrait chez lui, prenait la position horizontale, réduisait lui-même la hernie, et replaçait son bandage.

Le 24 juin 1862, ce vieillard étant à la campagne, sa hernie

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chir.*, t. IV, p. 243 de l'édition in-4°.

sort le matin et ne peut plus rentrer. Le malade fait deux kilomètres à pied, pour revenir à la ville ; et là, ne pouvant réduire sa hernie, appelle M. le docteur Savournin, mon ami, qui ne réussit pas non plus. Appelé en consultation le 26 au soir, je constate ce qui suit : hernie scrotale gauche volumineuse, tendue, très-sonore à la percussion, peu douloureuse, même à la pression, si ce n'est à son collet, qui est plus dur ; abdomen tendu par des gaz et très-sonore dans toute son étendue. Depuis le début des accidents, constipation très-complète ; les premiers lavements ont entraîné quelques parcelles de matières fécales solides ; mais il n'a pas été rendu un seul gaz par l'anus ; il y a eu chaque jour un ou deux vomissements. Comme la hernie est peu douloureuse, nous sommes d'avis, M. Savournin et moi, qu'on peut attendre encore, et nous donnons deux gouttes d'huile de croton en émulsion dans 100 grammes de véhicule, à prendre par cuillerée, d'heure en heure, pendant la nuit. Cette potion détermine des vomissements fréquents, et n'amène pas une selle. Le lendemain 27, la tension du ventre est encore augmentée, la hernie n'est pas plus douloureuse que la veille. Le taxis est encore sans résultat. A cause du grand âge du sujet, nous jugeons qu'il serait dangereux de laisser exister plus longtemps un état de choses qui rend toute alimentation impossible. L'opération est pratiquée par M. Savournin, à huit heures du matin, soixante-douze heures après le début des accidents.

A cause du grand volume de la hernie, nous désirions que l'étranglement pût être débridé en dehors du sac, et que la hernie fût réduite sans que cette poche fût ouverte. On incise la peau ; arrivé sur le collet du sac, l'opérateur divise sur son doigt quelques faisceaux de l'anneau du muscle grand oblique. Des pressions exercées alors sur la hernie font rentrer quelques gaz ; mais l'intestin ne rentre pas. Le sac a dû être incisé ; la hernie est formée d'une anse de gros intestin — c'est le côlon iliaque — et d'une portion de l'épiploon. Les organes herniés ne sont nullement altérés, pas même congestionnés passivement ; l'intestin est fortement distendu par des gaz, mais ne contient aucune matière stercorale solide. La réduction est difficile, à cause de la tension du ventre. A mesure que l'un des bouts de l'anse herniée est réduite, une nouvelle portion de l'intestin sort par l'autre bout ; cependant on parvient à réduire l'intestin d'abord, puis l'épiploon. Pendant la réduction du premier, un gaz sort avec bruit par l'anus. On tamponne la plaie sur le plein d'une compresse, et on soutient le tampon par le bandage en spica.

Pendant l'opération, le pouls, jusqu'alors normal, s'accélère, le facies prend un aspect souffrant. Dans la journée il y a plusieurs selles, le soir le malade se trouve assez bien, il ne souffre pas; cependant le pouls est fébrile, et le ventre est encore météorisé.

J'assiste au pansement le 1[er] juillet, cinquième jour après l'opération; l'état général est bon, le ventre est bien libre, sans douleur; il est cependant encore un peu ballonné.

Le malade a guéri sans accidents.

Si nous eussions eu affaire à un sujet moins avancé en âge, nous nous serions moins hâtés d'opérer; mais un octogénaire n'aurait pas pu supporter plus longtemps une abstinence complète.

Autre fait, dans lequel nous voyons encore la tympanite déterminer la sortie et l'irréductibilité d'une grande masse d'intestin.

Obs. III. — *Grande hernie scrotale du côté droit; ballonnement excessif du ventre et de la hernie; accidents d'iléus très-graves. La kélotomie fait cesser ces derniers accidents; mais le malade succombe aux suites de la lésion vitale de l'appareil digestif, qui a produit la tympanite; il est emporté par un dévoiement que rien ne peut modérer.* — J. L*** cultivateur de la commune de Rousset, âgé de soixante ans, est affecté d'une double hernie scrotale. Celle du côté droit, très-volumineuse, était mal contenue; celle du côté gauche, bien moins grossse, avait toujours été négligée.

Le 10 juin 1843, cet homme se trouvait à plus d'une lieue de sa demeure, quand la hernie du côté droit sortit; il se coucha sur le sol, et chercha à la réduire, mais ne put y parvenir; il se rendit alors chez lui, à pied et à grand'peine; le médecin ne fut mandé que le 12, et n'ayant pu parvenir à réduire, me fit appeler le 13.

Arrivé à la fin de la matinée, je trouve le scrotum du volume de la tête d'un enfant de trois mois, distendu à ce point par une hernie inguinale du côté droit; la verge a disparu dans la tumeur; on ne voit de cet organe que l'extrémité du prépuce, qui forme au côté antérieur interne de la tumeur une petite saillie cutanée; le testicule droit se distingue derrière la hernie; la tumeur n'est pas très-douloureuse à la pression; elle l'est cependant un peu vers le pénis, et dans ce point on sent, en pressant un peu fort avec le doigt, une crépitation qui fait naître l'idée d'un emphysème profond et circonscrit; le tissu cellulaire sous-cutané est sain, et n'est ni phlegmoneux ni emphysémateux, la tumeur scrotale est très-sonore à la percussion, si ce n'est à sa partie inférieure, où elle présente une ondulation manifeste.

A gauche existe une petite hernie qui n'a jamais été contenue, et qui entre et sort librement. Il n'y a pas de douleurs péritonéales, mais de violentes coliques; le ventre est énormément ballonné dans toute son étendue. Il y a des vomissements presque continus d'une bouillie fécaloïde d'un jaune verdâtre ; une soif ardente; la constipation est complète depuis le premier jour de l'accident; il existe un peu de délire; le pouls est à 150, très-irrégulier, faible, intermittent; l'état général est, comme on voit, très-peu encourageant; cependant je ne vois de chance de salut que dans la kélotomie, et je la pratique, assisté de MM. Amalbert père et fils, médecins du malade.

Je fais sur le grand axe de la hernie une incision qui, commencée un peu au-dessus de l'anneau, ne s'étend pas au-dessous du tiers moyen de la tumeur. J'ouvre le sac dans un point où il est en contact avec l'intestin; je prolonge en bas l'incision de cette enveloppe, et il s'écoule de sa partie inférieure une grande quantité de sérosité. La hernie ne contient point d'épiploon, elle est formée par trois grandes anses intestinales, fortement distendues par des gaz, placées l'une à côté de l'autre. L'interne, celle qui touche au pénis, est d'un brun foncé, mais sans altération grave; la seconde, formée comme la première, par l'intestin grêle et grande comme elle, présente une teinte légèrement brune, et paraît être dans le sac depuis moins longtemps que la première; la troisième enfin formée par le côlon iliaque, est un peu moins longue que les deux autres, très-tendue par des gaz, et ne présente aucune altération, pas la moindre coloration indiquant une gêne de la circulation veineuse. Le doigt pénètre sans difficulté dans l'ouverture abdominale, entre le pourtour de cette ouverture et les anses intestinales déplacées; cependant le volume des parties à réduire est si grand, qu'un débridement est indispensable; je le dirige en haut et en dehors. La résistance de l'anneau cède brusquement sous le bistouri, et l'ouverture est largement dilatée.

La réduction est difficile, à cause de la tension des anses intestinales herniées et du ballonnement excessif du ventre. Je réduis d'abord l'anse interne, puis la moyenne, enfin l'externe. Pendant le temps de l'opération, le malade a une syncope accompagnée de quelques mouvements convulsifs. Les intestins ont de la tendance à ressortir; je les contiens par un tamponnement que j'exerce au moyen d'une pyramide de compresses fixée par un bandage en spica.

Je quitte le malade une heure après l'opération; le pouls est

alors moins fréquent, moins irrégulier et plus fort ; il n'y a plus eu de vomissements.

Le lendemain de l'opération, le malade est pris d'une diarrhée excessive, il a jusqu'à quarante selles dans les vingt-quatre heures. Rien ne peut arrêter ce cours de ventre, et L*** succombe le 19, sixième jour après l'opération. On n'a pas pu faire l'autopsie.

La cause de l'iléus était complexe dans ce cas. Les deux anses d'intestin grêle avaient subi un premier degré d'étranglement. Leur teinte brune, la sérosité épanchée en grande quantité dans le sac, ne laissent pas de doute à cet égard. Quant à l'S du côlon, elle ne présentait aucun des caractères physiques de l'étranglement, sa circulation veineuse s'y faisait très-librement ; mais il existait une autre cause d'iléus dans la compression excessive que les intestins déplacés subissaient dans le sac.

Je ne saurais dire si l'anse intestinale interne, celle qui présentait la coloration brune plus foncée, s'était échappée du ventre avant le développement de la tympanite ; mais ce qu'on peut affirmer, c'est que les trois anses sont sorties successivement, et que c'est l'extrême tension du ventre qui a déterminé la sortie des deux dernières.

Que pouvait-on faire ici ? La réduction des anses intestinales herniées n'était certes pas un remède d'un effet sûr, contre la lésion vitale qui a déterminé la tympanite ; mais la kélotomie a fait disparaître une complication bien grave, l'iléus, qui, sans l'opération, aurait entraîné la mort peu d'heures après le moment où je suis arrivé chez le malade.

On a vu, du reste, comment la guérison de l'iléus par la kélotomie a donné le temps au vieillard dont l'histoire précède cette dernière observation, de guérir de la lésion vitale concomitante de l'appareil digestif.

Ces trois faits sont bien des cas d'engouement, si l'on veut ; mais des cas tout particuliers, qui diffèrent beaucoup de l'engouement, tel que le comprenait l'Académie royale de chirurgie, et qui serait, suivant Goursaud, la cause la plus fréquente de l'étranglement des hernies, et n'aurait de gravité que par l'étranglement inflammatoire qu'il détermine.

Je résume en peu de mots la signification des trois faits rapportés dans ce travail :

La distension de l'intestin hernié par des gaz, qui distendent, en même temps, la partie intra-abdominale de l'appareil digestif, et plus exceptionnellement l'accumulation des matières stercorales solides

dans une portion du tube digestif faisant hernie, peuvent, même sans qu'il y ait étranglement, donner naissance à un iléus dont on ne pourra conjurer les dangers que par l'opération de la kélotomie.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Pilules au nitrate d'argent inaltérables.

Par M. Am. Vée, pharmacien.

L'emploi du nitrate d'argent sous forme de pilules a pris beaucoup d'extension à la suite de travaux bien connus des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, et cependant aucune des formules qui ont été données jusqu'à ce jour n'assure la conservation de ce sel. Bien loin de là, à peine le pharmacien a-t-il mélangé le nitrate d'argent cristallisé à des substances d'origine organique pour lui donner la forme pilulaire, que le métal commence à se réduire, et dès lors la réaction continue, plus vite à la lumière, plus lentement à l'obscurité, de telle sorte que non-seulement le médecin ignore quelle est au juste la nature du médicament pris par le malade, mais, de plus, ce médicament varie continuellement à mesure que le traitement se prolonge (voir ce journal, t. LXII, p. 481). Les pilules ainsi préparées agissent cependant, et l'argent est absorbé, car un analyste habile, M. Cloez, est parvenu à le retrouver dans l'urine. D'où vient cet argent absorbé? est-ce de la petite portion du sel qui est restée intacte, ou du métal réduit, qui, se trouvant dans un état de division extrême, doit être plus facilement attaqué en présence des chlorures? Cette question pourrait être éclaircie par l'expérience, et si l'on arrivait à reconnaître que l'argent, réduit à l'état de poudre noire extrêmement ténue, peut se redissoudre et passer dans la circulation, les anciennes formules seraient conservées avec plus de sécurité; mais il est un autre moyen de s'assurer que l'argent reste dans les conditions les plus favorables à l'absorption, c'est de préparer des pilules inaltérables, problème d'autant plus intéressant à résoudre que des divergences se sont produites au sujet de l'efficacité des pilules au nitrate d'argent. En pareil cas, le premier besoin des expérimentateurs doit être de prescrire des médicaments sur l'identité desquels on ne puisse pas élever le moindre doute.

Le procédé que j'emploie pour obtenir de semblables pilules consiste à mêler le nitrate d'argent à une poudre de nature inor-

ganique, incapable d'exercer sur lui aucune action, et à lier le mélange au moyen d'un peu de mucilage de gomme adragante. La gomme adragante convient fort bien pour cette application, parce qu'elle se gonfle tellement dans l'eau, que son mucilage, à consistance égale, contient à peu près dix fois moins de matière solide que le mucilage de gomme arabique ; cette circonstance diminue encore son pouvoir réducteur, qui paraît être très-faible. Comme poudre minérale, on peut employer le nitrate de potasse ; avec lui, la pilule se dissout rapidement, ce qui est peut-être un avantage, mais peut-être aussi un inconvénient, car ne peut-on pas craindre l'action caustique du nitrate d'argent, déposé, même en faible quantité, en un seul point de la muqueuse des voies digestives ? Je préfère au nitrate de potasse la silice pure (provenant de la décomposition des silicates par les acides, *bien lavée* et séchée), matière absolument insoluble et inerte. Les pilules à la silice, plongée dans l'eau, ne se ramollissent qu'après un temps assez long ; mais comme elles sont fort poreuses, elles abandonnent rapidement le nitrate d'argent qu'elles renferment au liquide ambiant dans lequel on peut le déceler par son réactif ordinaire. Leur conservation est presque indéfinie ; j'en ai qui, préparées depuis plus d'un an, ne se sont colorées qu'à la surface, sur une épaisseur infiniment petite. Il faut seulement les tenir dans une obscurité aussi parfaite que possible. Le plus sûr moyen d'y parvenir est de les renfermer dans une boîte de bois. Le carton est ordinairement trop mince. Quant aux flacons de verre coloré, le commerce n'en fournit pas qui soient impénétrables aux rayons lumineux actifs.

Voici mes formules :

Pilules de nitrate d'argent à la silice.

Pr.	Nitrate d'argent cristallisé.........	20 centigrammes.
	Silice précipitée pure.............	2 grammes.
	Mucilage de gomme adragante, le moins possible.	

Mélangez le nitrate d'argent à la silice, avec les précautions convenables, et faites S. A. vingt pilules qu'on laissera sécher spontanément dans l'obscurité, si elles sont trop molles. Chacune d'elles renfermera 1 centigramme de nitrate d'argent.

Pilules de nitrate d'argent au nitrate de potasse.

Nitrate d'argent cristallisé.............	20 centigrammes
Nitrate de potasse....................	2 grammes.
Mucilage de gomme adragante, le moins possible.	

Elles se préparent comme les précédentes.

Du dosage des extraits narcotiques par la matière résinoïde (1).

Par M. Loret, pharmacien à Sedan (Ardennes).

Digitale. — De toutes les plantes qui nous occupent, la digitale est, sans contredit, celle dont de nombreux travaux ont le plus contribué à vulgariser l'emploi. Aussi, en nous en occupant ici, nous n'avons eu d'autre but que de rechercher un mode de préparation d'extrait qui réunisse à l'action sédative de la plante fraîche tous les autres principes qui constituent la valeur de la digitale; et en privant cet extrait hydro-alcoolique de chlorophylle, d'aider à la conservation du principe actif, attendu qu'il est facilement altérable lorsqu'il se trouve en présence de l'ammoniaque formé par la décomposition des principes azotés contenus dans les feuilles.

Il devenait important pour nous de connaître la valeur de cet extrait privé des matières inertes, et là nous nous sommes convaincu que la matière résinoïde constituait le principe actif appelé *digitaline.*

A cet effet, nous traitons 25 grammes extrait hydro-alcoolique de digitale par 100 grammes alcool à 90 degrés centésimaux, afin d'en séparer l'extractif.

La solution alcoolique est décolorée par le charbon animal et évaporée à siccité à la chaleur du bain-marie; nous reprenons par l'éther bouillant, afin de purifier la digitaline; ensuite la matière résinoïde est dissoute par l'alcool faible, puis l'alcool est évaporé à une chaleur de 80 degrés; enfin par le refroidissement la digitaline, n'étant pas soluble dans l'eau, se dépose; on recueille sur un filtre, on lave avec l'eau distillée et on fait sécher.

100 grammes extrait hydro-alcoolique de digitale donnent, matière résinoïde ou digitaline......................	1gr,48

Si, en outre, nous recherchons les produits solubles dans l'éther, nous trouvons les corps étudiés par MM. Homolle et Quevenne, et une faible quantité de digitaline entraînée par l'alcool.

Cette quantité est de.................................	0gr,38
100 grammes extrait de digitale privé de chlorophylle contiennent, digitaline................................	1gr,80
1 kilogramme feuilles fraîches de digitale donne en extrait.	38 gramm.
1 — — donne en digitaline........	0,684 mill.

D'après ce qui précède, on pouvait supposer que la teinture éthérée de digitale renfermait seulement la chlorophylle; mais il est

(1) Suite et fin, voir le dernier numéro, p. 164.

certain que l'éther, en dissolvant la chlorophylle, dissout la matière résinoïde qui accompagne la matière verte; c'est à cette matière résinoïde que se rapporte toute l'action de la teinture éthérée de digitale, dont l'effet actif n'est pas mis en doute; mais il n'en serait pas de même de la constance de son action, qu'on peut comparer à l'infidélité des extraits de sucs non dépurés.

Afin de nous assurer que cet extrait renfermait tous les principes actifs de la plante, nous avons eu recours à l'obligeance de M. le docteur Briet, médecin en chef de l'hôpital militaire de Sedan, qui nous autorise à faire part de ses observations cliniques, et s'exprime en ces termes :

« L'étude de la digitale est difficile, et il faudrait en quelque sorte recommencer l'histoire de l'action physiologique et pathologique de la digitale, dont quelques propriétés principales (sédation, diurèse), sont seulement connues. Aussi ne me suis-je adressé d'abord qu'à ces deux faits fondamentaux, et avec la seule intention de m'assurer si votre nouvelle préparation jouissait des propriétés analogues ou semblables aux diverses préparations usitées.

« Voici les conclusions auxquelles je me suis arrêté, après quelques expériences sur des adultes.

« L'extrait a été administré à la dose de 2 centigrammes par jour, et élevée successivement à raison de 2 centigrammes par jour, sans que j'aie observé autre chose qu'une sédation assez remarquable de la circulation, et dans deux cas seulement sur cinq augmentation peu considérable de la diurèse. Les malades n'ont accusé aucun trouble nerveux, ni surtout aucune irritation de l'estomac et du tube digestif, qu'après être arrivés au bout de douze à quinze jours à une dose considérable. Dans deux cas d'hypertrophie avec palpitations violentes, la dose fut poussée jusqu'à 15 centigrammes, en trois fois, dans la même journée. Il y eut alors des accidents d'irritation gastrique, mais toujours sans trouble du côté de l'encéphale.

« J'ai pu constater ultérieurement que la tolérance du médicament s'établissait assez vite et pouvait se maintenir, à la condition expresse d'en limiter l'emploi de 3 à 6 centigrammes par jour, suivant l'état du malade, sans inconvénient, et cela pendant un laps de temps assez considérable.

« Il est donc évident que cette préparation contient les principes actifs de la digitale, et qu'elle présente sur toutes les autres l'avantage incontestable d'un dosage facile et de la fixité que permet la conservation.

« L'action énergique de la digitaline, l'impossibilité dans bien des circonstances de la faire tolérer aux malades, même à faible dose, et pendant peu de jours seulement, me font préférer votre extrait purifié, comme appelé à rendre en thérapeutique de véritables services. »

Les extraits de jusquiame et de datura stramonium nous ont donné les résultats suivants :

100 grammes extrait hydro-alcoolique de jusquiame, privé de matières inertes et évaporé dans le vide, ont donné matière résinoïde	0gr,72
1 gramme donne	0,0072 dix-mill.
100 grammes extrait hydro-alcoolique de datura, privé de matières inertes et évaporé dans le vide, ont donné, matière résinoïde	0gr,59
1 gramme donne	0,0059 dix-mill.

D'après ce qui précède, nous conclurons que :

1° Dans la préparation des extraits, les plantes fraîches sont préférables aux plantes sèches ;

2° La chlorophylle est une cause d'altération des préparations pharmaceutiques qui la renferment ;

3° La couleur plus ou moins foncée de l'extractif peut être un indice de l'altération des extraits ;

4° L'évaporation au bain-marie facilite cette altération ;

5° La matière résinoïde constituant le principe actif des plantes formant des alcaloïdes, cette matière résinoïde peut par cela même servir à doser les extraits.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Un mot sur le traitement de l'angine glanduleuse par le chlorate de potasse.

En fait de publication, comme en toutes choses, il y a la question d'opportunité. — L'intéressant article sur le traitement de l'angine dite glanduleuse qui vient de paraître dans une des dernières livraisons du *Bulletin de Thérapeutique* (page 97), m'engage à vous faire part de quelques observations sur le même objet, qui n'étaient pas encore destinées à voir le jour. Lorsque l'attention est éveillée sur un sujet, — et c'est là un heureux privilége que possède votre journal pour tout ce qui touche aux applications pratiques, — il y a tout avantage à ne pas la laisser se refroidir, en

quelque sorte, et sommeiller de nouveau : les faits et les résultats étant plus rapprochés, leur comparaison devient plus facile, plus efficace; l'esprit, qui en est saisi sans relâche, est porté à les mieux juger; il en fait plus commodément et plus sûrement son profit.

Si je viens vous entretenir d'un moyen nouveau de traiter l'angine glanduleuse, ce n'est pas, ai-je besoin de le dire? dans l'intention d'atténuer en aucune manière, de discuter même la valeur de celui dont il est question dans l'article précité : l'efficacité de l'épithème de gomme me paraît incontestablement démontrée par les faits, et dans les circonstances où il a été mis en usage; il se recommande en outre par son extrême simplicité et la facilité de son application. — Mais est-il appelé à réussir toujours et dans tous les cas? — Un tel privilége n'est pas, hélas! du domaine de la thérapeutique : mieux que personne, vous connaissez les déceptions qu'à tout propos la pratique nous ménage; contre ces défaites, défaites toujours imminentes, l'on ne saurait trop se prémunir : c'est une de ces armes de réserve qu'il est bon de tenir prêtes, que je viens vous signaler. Du reste, l'auteur de la note qui me fournit l'occasion d'intervenir, ne manque pas de préciser exactement les conditions dans lesquelles il a eu à se louer de sa médication. Ces conditions sont celles de l'acuïté de l'affection, soit à son début, soit dans les exacerbations accidentelles de l'état chronique. C'est là, en effet, un point fort important à considérer pour se rendre un compte juste de l'efficacité ou de la non-efficacité de l'agent thérapeutique.

Il y avait lieu de penser, *à priori*, qu'un médicament qui, comme le chlorate de potasse, a presque le droit de prétendre au titre de spécifique d'un certain nombre d'affections buccales, pourrait exercer une action modificatrice sur la muqueuse pharyngienne, siége principal de l'angine glanduleuse; il est vrai que, d'un autre côté, les idées récemment émises sur les caractères constitutionnels de cette maladie semblaient contredire la légitimité de cette présomption; mais, en thérapeutique expérimentale, il est bon de ne pas trop sacrifier aux systématisations nosologiques. Des recherches qui, vous le savez, datent de longtemps, m'ont démontré que relativement à l'affection dont il s'agit, la présomption qui précède, basée sur l'analogie, n'était pas sans fondement. Une angine glanduleuse à ses débuts, observée en 1857, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Bouillaud, sur un jeune homme de dix-sept ans, fut très-rapidement (en deux jours) enrayée par le

chlorate de potasse en gargarisme (6 grammes pour 300 grammes de véhicule). Mais la maladie en était à ses manifestations premières, à celles qui se prêtent le mieux à l'action des agents topiques habituellement employés dans ces circonstances, et dont l'efficacité momentanée est à peu de chose près égale.

Il s'agissait d'étudier l'action du chlorate de potasse sur les manifestations autrement tenaces et rebelles de la maladie confirmée et devenue chronique : une occasion des plus favrables se présentait à moi, et j'avais tout intérêt de la mettre à profit. J'étais atteint moi-même d'une angine glanduleuse des mieux caractérisées et des plus intenses ; il y avait deux ans qu'elle s'était déclarée ; j'avais tout fait pour la combattre, excepté, je dois le dire, le traitement interne préconisé par M. Noël-Guéneau de Mussy, dont la remarquable monographie venait à peine de voir le jour. Parmi les moyens topiques, celui dont j'avais retiré le plus de bénéfice, — et vous n'en serez pas étonné, car je sais que vous avez eu à vous en louer en pareille circonstance, — c'est la teinture d'iode. Mais, en somme, le bénéfice était si mince, que, de guerre lasse, j'en étais venu à ne plus rien tenter. Mon indifférence était d'autant plus profonde, qu'elle était alimentée par des idées hypocondriaques que favorisait la fatale influence des premières études médicales appliquées à l'observation de soi. J'étais donc passivement soumis au cortége obligé des manifestations de la maladie, dont les seules variations se traduisaient par des exacerbations de plus en plus fréquentes : une conversation un peu prolongée, la moindre discussion, un simple effort de chant, et surtout la fumée de tabac, lorsque je cédais à l'impérieuse tentation d'une habitude à laquelle il est si difficile de résister, augmentaient immédiatement la raucité ordinaire de ma voix ; je ne pouvais plus me soustraire un seul instant au *hem* (*hemming*) caractéristique et insupportable ; j'étais pris d'une sensation douloureuse d'astriction et de sécheresse à la gorge ; j'appréhendais les mouvements de déglutition : qui cependant s'imposaient d'autant plus que la sécheresse était plus grande ; je me livrais à de vaines tentatives pour expulser des corps étrangers qui me semblaient fortement attachés à la muqueuse pharyngienne ; quelquefois, le matin, au moment du réveil, je réussissais à arracher, à la suite de violents efforts d'expuition, une large plaque de mucus semi-concrété, jaunâtre, élastique, et dont l'expulsion me procurait un soulagement momentané. Dans ses exacerbations les plus vives, le mal s'étendait rapidement, sous forme inflammatoire, aux parties voisines, amygdales, voile du palais,

trompe d'Eustache et par elle au conduit auditif, très-souvent aussi à la muqueuse nasale. En même temps que la rougeur de ces parties, il était facile de constater, — et j'avais acquis de cet examen une remarquable et triste habitude, — l'existence, à la surface de la muqueuse pharyngienne, de stries longitudinales d'un mucus très-adhérent, et dans les interstices de ces stries, un grand nombre de dépressions et d'élevures, celles-ci ayant l'aspect de petits corps arrondis, globuleux, semblables à des grains de semoule, ou, selon la très-exacte comparaison de M. Noël Guéneau de Mussy, à des œufs de poisson. C'est dans ces circonstances que je commençai à faire l'essai du chlorate de potasse. Je l'employai d'abord topiquement en gargarismes. Au bout de quelques jours j'éprouvai un soulagement réel; mais ce soulagement portait presque exclusivement sur l'élément en quelque sorte aigu et paroxystique de l'affection. Ayant à faire, à ce moment, l'étude des propriétés physiologiques du chlorate, je me mis à le prendre à l'intérieur à des doses successivement croissantes, depuis 5 jusqu'à 15 et 20 grammes par jour, en solution ou suspension. Quinze jours s'étaient à peine écoulés, qu'un changement radical s'était produit dans l'état de ma gorge : tous les phénomènes fonctionnels de la maladie avaient successivement disparu; l'aspect local des parties avait lui-même subi une modification profonde : les saillies mamelonnées ne se voyaient plus à la surface de la muqueuse; la sensation de sécheresse n'existait plus ; peut-être y avait-il, au contraire un excès de lubréfaction, grâce à l'hypersécrétion salivaire provoquée par le chlorate, dont je dus modérer les doses. J'avais repris toutes mes habitudes, avec une innocuité absolue. Dans la crainte de compromettre ou de voir m'échapper un si heureux résultat, je continuai, durant plusieurs mois, l'usage du chlorate en gargarisme seulement, de la manière suivante, qui est très-simple et évite toute préparation officinale : une cuillerée à café ou à dessert de ce sel finement pulvérisé est mis en suspension dans un quart de verre d'eau, et l'on s'en sert comme d'un gargarisme ; le chlorate de potasse constituant, en outre, un excellent dentifrice [1], on peut l'employer, en même temps, le matin à cet usage, et réaliser ainsi un double bénéfice. Il y a aujourd'hui plus de six ans qu'à la suite de ce traitement j'ai vu disparaître mon angine glanduleuse ; la guérison ne s'est pas un instant démentie, et j'ai abandonné vo-

---

[1] Voir *Bulletin de Thérapeutique*, 1858. De la valeur du chlorate de potasse dans le traitement des gengivistes chroniques, etc.

lontairement tout usage du chlorate, afin de m'assurer de la persistance du résultat obtenu.

Il ne m'appartient pas de faire ressortir la valeur de cette observation ; j'y suis trop personnellement intéressé, et mon jugement pourrait se ressentir de la reconnaissance que j'ai contractée envers un médicament auquel je dois d'être débarrassé d'une maladie pleine d'importunité, de souffrance et de tristesses pour le présent comme pour l'avenir. Malgré l'importance extrême que j'attache pour mon compte, — et je ne doute pas que vous ne partagiez mon sentiment à cet égard, — à de tels faits où l'on est à la fois *sujet* et *observateur* suffisamment compétent, je me garderais de tirer une conclusion de celui qui précède, si d'autres ne venaient le corroborer et le confirmer. J'en possède plusieurs : permettez-moi d'en citer deux le plus sommairement possible. Le premier, remarquable à plus d'un titre, se recommande surtout par l'échec de la médication regardée comme le mieux appropriée à la maladie dont il s'agit.

Mme X***, de constitution très-nerveuse et irritable, affectée depuis plusieurs années (deux ans au moins) d'angine glanduleuse, et très-tourmentée au physique comme au moral, par cette maladie, s'était soumise durant plusieurs mois à la médication sulfureuse à l'intérieur, sur les conseils d'un médecin des plus autorisés par la spécialité de ses travaux sur ce sujet ; elle avait même passé une saison aux Eaux-Bonnes. Non-seulement elle n'avait retiré aucun bénéfice de ce traitement fait à sa source, mais elle prétendait que son mal avait éprouvé une véritable aggravation. Il est très-probable que Mme X*** attribuait fort injustement à l'influence du traitement ce qui n'était dû qu'à la marche naturelle de la maladie. Quoi qu'il en soit, appelé auprès d'elle, et après avoir constaté tous les signes d'une angine glanduleuse chronique très-intense, je prescrivis le chlorate de potasse simultanément à l'intérieur (5 grammes tous les jours en solution), et en gargarisme (6 grammes pour 200 grammes de véhicule). Après quinze jours de ce traitement se manifestait une modification radicale dans l'état fonctionnel et local. L'usage interne du chlorate fut abandonné, et Mme X*** continua seulement à employer se sel finement pulvérisé, en gargarisme, selon le mode très-simple que j'ai déjà indiqué. Deux mois plus tard Mme X*** ne se préoccupait plus de son angine. J'ajouterai que dans l'hiver qui suivit l'époque où ce traitement avait été fait, cette dame ayant eu une forte grippe avec angine, celle-ci affecta plus particulièrement la forme d'amygdalite pultacée sans intéresser notablement la mu-

queuse pharyngienne, et sans revêtir, en tous cas, le type glanduleux. Depuis deux ans, la guérison se maintient complète chez Mme X***.

Enfin, je ne ferai que mentionner un dernier fait dans lequel le chlorate de potasse a triomphé d'une angine glanduleuse chronique qui avait déjoué un grand nombre d'autres médications. Cette maladie existait depuis plus de cinq ans, avec ses caractères pathognomoniques, chez M. G***, âgé de trente ans, d'une bonne santé d'ailleurs. M. G*** s'était vu forcé par les progrès et les exacerbations toujours renaissantes du mal, d'abandonner peu à peu presque toutes ses chères habitudes : les réunions de société où il fallait tenir conversation, la chasse et surtout l'habitude de fumer. Le chlorate de potasse ne put lui être donné d'abord qu'en gargarisme, à cause d'une susceptibilité particulière du goût et de l'estomac ; un soulagement assez rapide se produisit néanmoins, mais demeura stationnaire. Cependant, après trois semaines environ d'applications topiques fréquemment réitérées (8 à 10 grammes de chlorate par jour) et l'administration à l'intérieur d'une dose peu élevée (4 grammes en solution) que M. G*** s'habitua à supporter, un profond changement s'était opéré. M. G*** avait repris ses habitudes ; il continua le gargarisme simple avec le sel finement pulvérisé. La guérison était parfaite au bout de deux mois. Depuis trois ans qu'elle s'est réalisée, elle ne s'est pas démentie. Plein de reconnaissance pour le médicament qui la lui a procurée, M. G*** lui a voué une espèce de culte exprimé par l'usage journalier qu'il en fait pour ses dents et pour ses gencives.

Tels sont les faits que je désirais soumettre à votre appréciation et à celle de vos lecteurs. Je vous les livre sans autres commentaires, voulant leur laisser leur expression toute pratique. Je ne discuterai même pas le mode d'action du médicament, bien que les notions acquises sur ses propriétés physiologiques pussent permettre d'aborder, sans trop de témérité, cette question. Si je me tais aussi sur l'élément général et constitutionnel (herpétique ou arthritique) qui a été attribué, dans ces derniers temps, à l'angine dont il s'agit, ce n'est pas que j'aie l'intention de le méconnaître. J'ai même plus d'un motif de penser que cet élément constitutionnel n'a pas été étranger aux manifestations dont j'ai été moi-même affecté. Je crois qu'un traitement tonique et légèrement excitant ne peut qu'aider à la curation de l'angine ; mais ce traitement n'est pas indispensable ; les faits qui précèdent le démontrent, de même qu'ils prouvent incontestablement que l'angine glanduleuse

chronique, en tant que manifestation locale, peut être complétement guérie par le chlorate de potasse administré surtout à l'intérieur et à doses suffisantes.

Agréez, etc. J.-V. Laborde.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur la chromhidrose, ou chromocrinie cutanée, par M. le docteur Leroy de Méricourt, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, etc., suivi de l'*Etude microscopique et chimique de la substance colorante de la chromhidrose*, par M. le docteur Ch. Robin, professeur à la faculté de médecine de Paris, etc., et d'une note sur le même sujet, par M. le docteur Ordonèz, secrétaire de la Société de biologie.

« L'apparition d'une maladie nouvelle, en nosologie, ne saurait, nous le reconnaissons, être accueillie avec trop de prudence et de réserve. La sévérité avec laquelle nous avons discuté nous-même les conditions de réalité et d'existence d'entités morbides plus qu'équivoques (la calenture et la chorée d'Abyssinie) est un sûr garant des droits étendus que nous sommes disposé, en pareille matière, à attribuer à la critique. Ces droits ont-ils été outrepassés en ce qui concerne la chromhidrose, et les contradicteurs, au lieu de rester dans les limites du doute philosophique qui attend et apprécie les preuves, ne se sont-ils pas laissés aller à cette défiance préventive qui met le jugement dans des conditions défavorables ? Nous le croyons, et nous espérons le démontrer dans ce travail. »

On le voit, le médecin distingué de Brest n'est pas un de ces hommes crédules, dont l'esprit, heureusement ou malheureusement ouvert au merveilleux, mettrait volontiers une sourdine à leur raison pour n'être point troublés dans l'extase de leur intuition, et ne point entendre ou n'entendre qu'à moitié le cri de la vérité. Avant que ses contradicteurs eussent formulé leurs doutes sur la réalité des faits invoqués par le médecin de Brest pour inscrire la chromhidrose comme une entité morbide positive dans le cadre nosologique, il avait lui-même douté, et il s'était demandé si, au lieu d'une manifestation pathologique nouvelle, il ne fallait pas voir là une de ces roueries féminines empruntées aux gynécées du monde interlope, ou inspirées par l'imagination morbide de petites femmes hystériques. Toutefois, en cette séméiotique scabreuse, il ne faut pas l'oublier, les femmes sont capables de tout, même de ne pas tromper.

Nous l'avouerons nous-même d'abord, lorsque pour la première fois notre attention fut attirée sur un fait comme celui-ci, et qui n'a que des rapports éloignés avec les sécrétions anomales ordinaires, nous aussi, nous nous prîmes à douter ; mais, sans oser affirmer que notre esprit soit affanchi de toute incertitude sur la réalité de la chromhidrose, aujourd'hui que nous avons lu avec le soin qu'il mérite le mémoire du professeur distingué de l'école de Brest, nous avouons humblement, tout en regrettant que notre assentiment n'ait pas plus d'autorité, qu'il est presque impossible, en présence des faits accumulés par l'auteur, de ne point admettre que ce qu'il a vu, il l'a bien vu, et que la chromhidrose n'est point une chimère. Tout en reconnaissant tout ce qu'il y a d'insolite et d'imprévu, au point de vue des notions physiologiques actuelles les plus avancées, dans le fait d'une sécrétion colorée, le plus souvent limitée à la portion de l'enveloppe cutanée qui entoure la région orbitaire, M. Leroy de Méricourt ne laisse pas cependant d'essayer de rapprocher ce fait de faits acceptés de tous, qui ne sont pas sans quelque analogie avec la chromocrinie cutanée ; ces faits sont relatifs à la coloration accidentelle du pus à la surface de certaines plaies, de l'urine dans quelques états morbides dont la spécificité ne saurait donner la clef de cette singulière contingence. Pour nous, dans une expérience qui remonte déjà loin dans le passé, nous n'avons observé aucun cas de chromocrinie cutanée de l'espèce dont il s'agit, et si quelque cas de ce genre a passé sous nos yeux, il nous a complétement échappé. Toutefois, en vue d'éclairer cette question, et de venir, autant qu'il est en nous, en aide à notre très-honorable confrère dans sa laborieuse campagne contre le scepticisme quelque peu hautain de divers membres de la Société de médecine des hôpitaux, qu'il nous permette d'indiquer, en quelques mots seulement, une forme de chromocrinie cutanée que nous avons été étonné de ne lui pas voir signaler, comme une variété de cette sorte de sécrétion anomale : nous voulons parler de la chromocrinie axillaire. Dans une foule de cas, la sueur dans cette partie du corps, en même temps qu'elle exhale une odeur caractéristique, présente diverses nuances de coloration, qui la rapprochent des sueurs colorées proprement dites. Mais si, dans ces cas, cette coloration légère n'est que le résultat d'une simple altération chimique, il n'en est plus assurément de même dans un cas que nous avons eu cent fois occasion de constater, et dans lequel la sueur axillaire teint d'une véritable couleur de rouille foncée, très-foncée, le linge en contact avec cette partie du corps. Voilà certainement une variété

de chromhidrose locale, qui se dérobe aussi complétement que la cyanorrhée circum-orbitaire à la théorie générale des sécrétions morbides. Mais toutes ces analogies ne sont, dans l'état actuel de la question, qu'un argument très-secondaire dans la démonstration de la thèse du médecin de Brest; il en a produit un bien plus décisif, c'est celui devant lequel tout genou doit fléchir sur la terre et dans le ciel, c'est le fait authentique, irréfragable, et qui sort victorieux du contrôle de la critique la plus sévère. Qu'on lise les observations accumulées dans le mémoire de M. Leroy de Méricourt, soit un certain nombre d'observations qui appartiennent à des auteurs de divers âges et de différents pays, soit quelques-unes de celles qui appartiennent en propre à l'auteur, et nous nous persuadons que tout lecteur désintéressé dans la question et affranchi de toute prévention doctrinale, n'hésitera pas plus qu'un des plus distingués collègues du médecin de Brest, M. Fonssagrives, plus que nous, simple curieux assis à la porte du temple, à admettre la réalité de l'entité morbide nouvelle. De quelque côté qu'on envisage quelques-uns de ces faits, il est impossible de pénétrer les motifs qui eussent porté ceux qui les présentent à une simulation intéressée. Après avoir étudié de très-près, de trop près, la psychologie de l'hystérie, je déclare ne rien comprendre aux mystères d'une coquetterie qui porterait les héroïnes de cette clinique mystique à des extravagances dont le bénéfice le plus certain est de se faire huer par les gamins des rues de Brest et de s'enlaidir aux yeux de tous. Si la sécrétion d'une substance colorée sur un point limité de l'enveloppe tégumentaire externe est un fait qui étonne, et vient brutalement contredire les notions élémentaires de la science courante, croyez-bien que la fantaisie de cette coquetterie paradoxale, dont on argue pour nier ce fait, est plus étonnante encore et moins explicable. D'ailleurs, M. le docteur Leroy de Méricourt ne s'est pas contenté de montrer les faits sur lesquels il établit la réalité de la maladie dont il traite, dans la vérité des circonstances qui l'établissent; il a fait appel à notre éminent micrographe, M. le professeur Robin, et à un de ses élèves les plus distingués, M. le docteur Ordonèz, pour mettre en pleine lumière la spécificité, si l'on veut nous permettre ce mot, des éléments qui constituent la matière sécrétée ellemême, et la sépare nettement des arcanes peu secrets de la parfumerie des Aspasies éteintes ou déteintes. M. H. Deschamps, qui s'est livré à des recherches étendues sur la structure de la peau, et qui naguère encore s'est efforcé d'expliquer le masque de la grossesse par une modification pathologique de ce qu'il appelle l'appa-

reil pigmental, admet lui aussi la réalité de la chromhidrose : dans la pensée de ce savant laborieux, l'altération bleuâtre des paupières tient sans doute à une production excessive de pigment, sous l'influence de la lascivité ou de la masturbation.

Qu'en est-il de cette étiologie? Je l'ignore, et la prudence avec laquelle le médecin de Brest se prononce sur ce problème dans son très-intéressant mémoire, me paraît plus judicieuse que cette affirmation hâtive dans l'état de la question. Au reste, il faut lire le mémoire lui-même sur cette question-là, comme sur plusieurs autres qu'il serait trop long d'indiquer, pour bien comprendre l'étendue du travail auquel il faut se livrer pour établir une chose nouvelle, même une chose simple comme celle dont il s'agit ici, sur la base immuable des faits. L'esprit, disait un abbé du dix-septième siècle, consiste à pressentir les opinions futures. Dans mon humble sentiment, je crois que M. Leroy de Méricourt a pressenti l'avenir, et qu'il a vu le premier nettement ce que tout le monde verra plus tard. MM. Béhier, Roger, etc., passeront, et la chromhidrose ne passera pas. Que notre laborieux confrère, si quelques doutes planent encore sur certain côté de la question intéressante dont il poursuit la solution, s'efforce de les dissiper : avec sa sagacité, il doit arriver complétement au but. Il a raison d'appeler l'attention de tous sur l'objet de l'étude à laquelle il a déjà sacrifié tant de jours, de nuits peut-être; mais qu'il ne livre qu'avec discrétion ses idées à des enquêtes près des sociétés savantes, qui ne s'enquièrent souvent que d'une chose, se mettre en évidence, en se hissant sur les épaules des Lazare de la science. « J'aime l'isolement, disait un grand philosophe, où le temps tombe goutte à goutte, et n'interrompt par aucun bruit la méditation solitaire. » Voilà un des secrets de la véritable force, en tout ordre de travaux ; que notre savant confrère de Brest s'en persuade et s'en réconforte l'esprit.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Quelques remarques à propos de l'enseignement libre. — L'esprit de conservation ou, au contraire, des tendances progressives sans contre-poids peuvent-ils, consultés isolément, assurer le triomphe, ou même le maintien, à son rang d'une société quelconque ? C'est une question qui peut se poser, même en politique, terrain où nous n'avons ni le droit ni l'intention de la débattre, mais que nous avons assurément un légitime intérêt à résoudre dans le do-

maine de la pensée. L'objet qui nous y incite, d'une éternelle opportunité, offre, dans les circonstances actuelles, des considérations plus déterminantes que jamais.

Rien qu'en ouvrant la main, un ministre libéral a fait naître, ou plutôt a vu naître, autour de son administration, toute une récolte de jeunes idées, déjà grandes en voyant le jour.

L'enseignement supérieur, traqué depuis de longues années par l'impérissable société de l'arrêt de développement, s'épuisait dans de vaines luttes contre la prétendue liberté d'enseignement qui l'étreignait de toutes parts. Il a suffi au chef de l'Université de donner à cette formule son véritable sens, pour affranchir à la fois et l'Université et la pensée des maîtres.

Les chaires libres, sous le nom de *conférences* et *d'entretiens*, sous les désignations plus modestes de *leçons gratuites pour les ouvriers*, créent, à côté du corps officiel, les seules rivales que les amis des lumières lui aient jamais souhaitées. Mais qu'il ne s'en effraye pas; sa propre durée, son maintien dans le rang élevé que lui assigne la reconnaissance nationale, tiennent non pas à ce qu'il soit exempt de luttes, mais à ce qu'il triomphe dans celles qu'il aura à soutenir. Et c'est à ce point de vue que nous pouvons dire qu'une pensée exclusive de conservation lui serait aussi fatale que lui sera profitable, au contraire, le combat sur le terrain du progrès. Les facultés qui se recrutent dans leur propre sein, et comme en famille, ont peu de chances de durée; glorieuses sont, au contraire, celles qui savent s'agréger les talents éclos en dehors d'elles! Si nous nous permettons ces réflexions, nous qui vivons à l'ombre de la faculté de Paris, ce n'est pas que nous croyions qu'elles lui soient nouvelles. L'idée qui les inspire a été, au commencement de ce siècle, inscrite sur son drapeau; c'est à elle qu'elle doit sa fortune et sa gloire. Est-ce à dire, pour cela, qu'il soit superflu de la lui rappeler? Sans vouloir lui faire l'injure d'une accusation d'oubli, il ne nous semble pas pourtant hors de propos de mettre de nouveau sous ses yeux la grandeur de son origine. Répondant alors aux sentiments de son propre libéralisme, elle proclamera que c'est plus encore dans la *concurrence* que dans le *concours* que sont renfermés le secret et le salut de son avenir.

N'est-ce pas dans une haute intelligence de ces conditions de développement, dans la conscience de leur incontestable force, que deux des plus éminents professeurs de la faculté de Paris ont cru pouvoir, dans des occasions rares, mais appréciées, céder pour un moment leur fauteuil à des professeurs libres! Les deux brillantes

leçons de Ricord à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu firent-elles, il y a deux ans, pâlir l'enseignement de M. Trousseau ?

En appelant les chirurgiens étrangers, auteurs de quelque progrès dans l'art opératoire, à exécuter, sous les yeux de ses élèves, les procédés inventés ou améliorés par eux ; en cédant, par exemple, son bistouri à M. Marion Syms, pour réparer une fistule vésico-vaginale, M. Nélaton compromettait-il l'enseignement qui lui est confié ?

L'illustre professeur, en donnant libéralement la parole, devant son auditoire, à M. Giraud-Teulon, pour l'exposition de quelques points de science nouveaux, pouvait-il s'amoindrir ? Tout récemment encore, et à l'occasion de cette question considérable de l'ovariotomie, dont la France lui devra l'importation, a-t-il cru effacer la Faculté, en appelant devant le même auditoire notre savant confrère Serres, d'Alais, à exposer les détails de la dramatique opération que nous avons reproduite dernièrement dans nos colonnes ? Nous nous assurons que, tout mérités qu'ils furent par le courageux chirurgien d'Alais, les applaudissements qui ont accueilli sa communication s'adressaient autant au maître libéral et modeste descendu de sa chaire qu'à celui qui l'occupait momentanément.

Que ces exemples élevés ne soient perdus pour personne ; ils intéressent au plus haut degré les exigences de l'intelligence humaine, et doivent, en se multipliant, résoudre la question, oscillante encore entre la scolastique et le libéralisme scientifique, des limites et des droits de la liberté d'enseignement. Ils font, ajoutons-nous, un pendant heureux à l'innovation hardie et large du ministre courageux qui a entrepris la tâche sainte d'ouvrir à l'enseignement public un champ libre dans les voies fécondes de la vérité.

Cas d'ostéite diaphysaire du tibia. — Résection sous-périostée. — Reproduction de l'os. — Nos lecteurs se souviennent de l'excellent mémoire sur les *Résections sous-périostées* publié dans notre journal en 1859, et dans lequel M. Ollier, avec l'autorité que lui donne l'étude approfondie qu'il a faite de cette question, a établi que, basée sur un fait de physiologie expérimentale démontré et sanctionnée par l'observation clinique, la conservation du périoste est une indication de premier ordre qui doit entrer désormais dans le manuel opératoire de toute résection.

A l'appui de ces conclusions, M. Ollier avait cité plusieurs faits favorables, un surtout, celui de M. Larghi, de Verceil, consistant

dans la reproduction de l'humérus droit après l'extraction sous-périostée. Depuis la date de ce mémoire, on a pu remarquer un cas semblable et tout aussi beau, présenté par M. Maisonneuve à l'Académie des sciences en 1861, cas dans lequel, grâce à l'extirpation complète de la diaphyse du tibia avec conservation du périoste, l'opéré a pu garder son membre dans toute l'intégrité de sa forme, de sa souplesse et de sa vigueur.

Nous avons aujourd'hui à faire connaître un fait nouveau du même genre, que nous résumons autant que possible, d'après un mémoire d'un chirurgien espagnol distingué, M. le docteur Juan Creus y Manso, professeur de médecine opératoire à Grenade.

Obs. *Ostéite ulcéreuse du tibia. — Résection sous-périostée de toute la diaphyse. — Reproduction de la portion enlevée. — Guérison avec conservation des fonctions du membre.* — Mariano Giniénez, âgé de quinze ans, de constitution faible, ayant eu les maladies de l'enfance, puis, entre autres affections, une adénite inguinale suppurée à l'âge de douze ans, entre à l'hôpital le 10 avril 1861, pour une ostéite ulcéreuse de nature scrofuleuse, dont le début remonte à un an. (Diagnostic vérifié après l'opération par l'examen de la pièce.)

A cette époque, c'est-à-dire en avril 1860, il avait été pris, sans cause connue, d'inflammation aiguë du pied gauche avec tuméfaction, induration de toute la jambe et vives douleurs, maladie qui avait obligé à pratiquer plusieurs incisions à diverses hauteurs sur la crête du tibia pour donner issue au pus. A la suite, les douleurs avaient diminué ainsi que le gonflement; mais en 1861 l'état aigu avait reparu.

Au moment de l'entrée, il y avait : tuméfaction considérable du pied et de la jambe, surtout au tiers moyen; rougeur et épaississement de la peau; douleurs vives; plusieurs trajets fistuleux le long de la crête du tibia, à travers lesquels le stylet arrivait sur l'os, tantôt pénétrant jusque dans le canal médullaire, tantôt atteignant de petites esquilles. Les émollients appliqués localement, le repos, les toniques appropriés amenèrent de l'amélioration. Mais comme ces moyens ne pouvaient procurer une guérison radicale, M. Creus y Manso résolut de pratiquer la résection de la diaphyse de l'os malade en conservant le périoste, dans l'espoir que la portion enlevée se reproduirait. Un appareil de Seutin fut d'abord appliqué, puis fendu et enlevé pour être réappliqué ensuite et servir de moule extérieur au membre opéré.

L'opération fut faite le 10 juin, après chloroformisation, mal supportée d'ailleurs. Incision longitudinale, parallèle à la crête du tibia, à 1 centimètre en dedans, s'étendant depuis la tubérosité antérieure de cet os jusqu'à 5 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne; à chaque extrémité, incision transversale de quelques centimètres; dissection entre l'os et le périoste avec les ongles et le manche du scalpel, dont on n'emploie le tranchant que pour diviser

les parties molles pénétrant dans les trous osseux ou les attaches tendineuses. La membrane fibreuse est ainsi détachée jusqu'à la face postérieure de l'os ; au moyen d'un stylet flexible, recourbé en anse, introduit entre cette face et le périoste qui la recouvre, celui-ci est décollé en haut et en bas, de manière à permettre le passage de la scie à chaîne. A l'aide de cette scie, la diaphyse est séparée, inférieurement par une coupe oblique en bas et en arrière, en haut par une coupe oblique en sens inverse qui respecte la tubérosité antérieure et l'attache du tendon rotulien. Pas d'hémorrhagie. Plaie entièrement tapissée par le périoste; tissu osseux normal au niveau des sections ; épiphyses saines.

Les incisions réunies au moyen de quelques points de suture, le membre est placé dans la gouttière de Seutin; pansement simple; repos absolu, diète, potion antispasmodique.

Le lendemain apparaît la fièvre traumatique. Enlèvement des sutures le troisième jour; suppuration abondante, bel aspect de la plaie ; réunion des incisions transversales. La fièvre tombe et l'appétit renaît. La suppuration diminue à partir du cinquième jour.

Le 18 juin, la gouttière est remplacée par des coussins et des attelles; iodure de fer, alimentation assez abondante.

Le 20, la jambe présente déjà une certaine solidité, et un examen attentif fait voir que le travail de régénération commence; état général excellent.

Le 29, extraction d'un petit séquestre à la partie supérieure de la plaie.

Le 15 juillet, on perçoit très-bien le nouveau tibia, qui offre déjà partout une consistance cartilagineuse, et même une dureté osseuse en quelques points. La cicatrisation est presque complète à la partie moyenne de l'incision longitudinale; il reste deux plaies, l'une de 1 centimètre 1/2 en haut, l'autre de 3 centimètres en bas.

Le 23, ouverture spontanée d'un petit abcès à la partie supérieure externe, répondant à une ancienne fistule au niveau de laquelle le périoste était détruit.

Vers la fin de juillet, on met le membre dans une gouttière de fil de fer pour maintenir sa solidité et combattre la rétraction des muscles du mollet; mais cet appareil détermine une pression trop forte : la jambe s'enflamme et la consistance du nouvel os diminue : suppression de la gouttière, fomentation avec l'eau blanche; l'accident n'a pas de suite, et le 11 août on remet l'appareil; le tibia a repris sa consistance.

Le 2 septembre, la plaie inférieure est cicatrisée, et, dans ce point, il y a fusion de l'os ancien avec l'os nouveau. Il n'en est pas de même en haut, où la plaie reste fongueuse et où il y a lieu, le 18, d'enlever un petit séquestre venant de l'os ancien.

Au commencement d'octobre, affection catarrhale intercurrente : diminution manifeste de la consistance du nouvel os. Il n'y paraît plus le 25; la jambe est droite, le mollet grossit, les mouvements du coude-pied se rétablissent.

Le malade marche avec une béquille le 5 novembre.

A la fin de l'année, état général excellent ; toute la jambe va bien,

sauf que la plaie supérieure n'est pas fermée et que le stylet fait reconnaître une carie de la partie supérieure de l'os ancien.

En janvier 1862, petit abcès sans importance et sans suites vers l'extrémité inférieure du nouvel os.

En février, l'abcès de la partie supérieure de la jambe se rouvre; et en mars deux fistules persistent au niveau du bord interne du tibia; éruption eczémateuse sur la jambe.

En avril, les deux fistules persistant, et l'union supérieure de l'os nouveau et de l'os ancien ne paraissant pas solide, les extrémités osseuses contiguës sont mises à nu : l'os nouveau a une dureté cartilagineuse, l'os ancien présente sa consistance normale, mais est revêtu d'une couche de cartilage; de plus, il y existe un point raréfié et carié qui est enlevé avec la gouge et le maillet. Les jours suivants, un des lambeaux cutanés se sphacèle; néanmoins, après l'élimination, la plaie se recouvre de bourgeons charnus et la cicatrisation marche bien; mais il reste, à la partie inférieure interne de cette plaie, un petit trajet fistuleux au fond duquel existe une petite esquille.

En juin, l'opéré marche avec une canne; deux points ne sont pas encore cicatrisés, mais il ne communiquent pas avec la profondeur; l'os est ferme et l'état général satisfaisant.

En juillet, cicatrisation complète. Bains de mer, d'où le malade revient en très-bonne santé.

Mais en octobre, ulcération au point où a été faite l'opération du mois d'avril; en novembre, le stylet arrive jusqu'à l'os; de petits séquestres qu'on y sent ne peuvent être extraits; enfin, en décembre, un séquestre mobile ayant été reconnu, la fistule est dilatée et le fragment osseux est enlevé.

A partir de ce moment, la plaie diminue graduellement, mais elle n'est cicatrisée qu'en mars.

Il est resté un peu de claudication, dépendant du relâchement des ligaments latéraux du genou et de l'exagération du mouvement de rotation de la jambe sur la cuisse; mais elle n'empêche pas l'opéré, qui est dans l'état de santé le plus satisfaisant, de se livrer à ses travaux.

Si l'on compare l'observation qui précède avec celles de M. Larghi et de M. Maisonneuve que nous avons rappelées en commençant, on voit que les choses ne s'y sont pas passées aussi heureusement, puisque dans le cas de M. Larghi la guérison était assurée au bout de deux mois et quelques jours, et que, dans celui du chirurgien français, le jeune malade pouvait se lever et marcher avec des béquilles dès le quarantième jour. Mais si dans le cas de M. Creus y Manso la cure a été longue, traversée par des accidents dépendant de la diathèse, origine première de la maladie, le résultat définitif n'en a pas moins été heureusement obtenu.

C'est donc un fait important par sa portée et sa signification, non-seulement à cause de la démonstration qu'il fournit en faveur

des résections sous-périostées, mais encore parce qu'il prouve que les accidents qui peuvent venir entraver les suites d'une telle opération ne sont pas au-dessus des ressources que fournit l'art à un praticien instruit et persévérant.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Aphonie essentielle guérie par la pulvérisation d'une solution de nitrate d'argent portée sur le larynx. C'est grâce à deux importantes conquêtes de la médecine moderne que la cure a pu être obtenue dans le cas qui va être résumé ci-dessous : au laryngoscope d'abord, qui a permis d'établir un diagnostic certain, seul fondement solide d'un traitement rationnel et sérieux ; et ensuite à la pulvérisation d'un liquide médicamenteux, méthode qui a rendu déjà de grands services et paraît destinée à en rendre davantage encore.

La malade était une dame âgée de cinquante-deux ans, chez laquelle l'aphonie s'était produite, non tout d'un coup, mais graduellement, à la suite d'émotions morales, seule cause appréciable qui ait pu être saisie. Elle avait été soumise à divers moyens de traitement, mais qui étaient restés sans effet, à l'exception d'une courte période au commencement de 1862, où la voix avait reparu pendant à peu près trois semaines, mais avec un timbre rude, âpre, rappelant celui du sexe masculin. Appelé à donner des soins à cette dame, il y a dix-huit mois, le docteur Gibb constata la paralysie des cordes vocales, lesquelles, complétement immobiles, présentant un parallélisme parfait dans la plus grande partie de leur longueur, se rapprochaient seulement vers leur point d'origine. L'écartement de la fente glottique était d'environ deux lignes, et n'éprouvait aucune modification par le passage de l'air, soit à l'inspiration, soit à l'expiration. Comme tout à peu près avait été tenté chez cette malade, y compris l'application directe du galvanisme aux cordes vocales, M. Gibb mit son espoir dans l'emploi d'une solution argentique portée sur les parties à l'aide d'un appareil pulvérisateur, seul moyen qui n'eût pas été essayé. Ce traitement fut suivi des meilleurs effets : en peu de jours la voix reprit toute sa force et son étendue, et depuis un an la guérison ne s'est pas démentie. (*Lancet*, janv. 1864.)

Ménorrhagie présumée de cause saturnine ; guérison par un traitement approprié. En 1860, M. Constantin Paul, alors interne des hôpitaux de Paris, publia dans les *Archives* un mémoire remarqué, dans lequel il présente l'intoxication saturnine comme une condition ayant une influence nocive prononcée sur le produit de la conception, son que, venu à terme, il succombe prématurément, soit que, chose beaucoup plus commune, il n'atteigne même pas l'époque fixée par la nature et soit expulsé de l'utérus par l'avortement. A cette dernière catégorie l'auteur rapportait les métrorrhagies dont il avait vu être souvent atteintes les femmes soumises à l'action toxique du plomb. Quoi qu'il en soit de cette dernière interprétation, il paraît que ces femmes sont en effet sujettes à des pertes sanguines abondantes ; or, que ces pertes, venues aux époques menstruelles ou hors de ces époques, soient en réalité des fausses couches ou de simples ménorrhagies, il n'en est pas moins certain que c'est un point important à connaître, et qui ne doit pas être perdu de vue quand il s'agit du traitement. Ainsi ont été envisagées les choses par un très-distingué médecin de Londres, le docteur Graily Hewitt, dans un cas dont il a entretenu la société Harvéienne, et que nous résumons rapidement.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-cinq ans, qui avait eu trois enfants d'un premier mari. Après la mort de celui-ci, ayant épousé un peintre, elle en a eu d'abord un enfant, maintenant âgé de quatre ans. Mais dans ces trois dernières années, elle s'est vue atteinte d'une ménorrhagie rebelle, revenant tous les quinze

jours et durant chaque fois de six à huit jours. Le docteur Hewitt, ayant examiné cette femme, ne lui trouva aucune affection utérine. Mais elle présentait le liséré bleu des gencives, une certaine faiblesse des poignets, des douleurs abdominales, signes qui témoignent de la présence du plomb dans l'organisme; et, comme elle ne travaillait pas elle-même ce métal, on supposa qu'elle avait pu en subir l'action délétère en nettoyant et lavant les vêtements de son mari. Elle guérit complétement, d'une part en cessant de se charger de ce soin, et par l'emploi, continué quelque temps, des acides minéraux et de l'opium.

S'il arrive, ce qui n'est pas impossible, que, tout en reconnaissant l'existence de l'intoxication saturnine chez cette femme, la relation de cause à effet entre cette intoxication et la ménorrhagie ne soit pas chose démontrée pour le lecteur, ce cas n'en aura pas moins été bon à citer, soit pour attirer à nouveau l'attention sur un ordre de faits qui mérite d'être étudié, soit pour rappeler que beaucoup d'états organopathiques, toujours identiques et univoques comme expressions phénoménales, sont divers au point de vue de leur cause, et que c'est la connaissance de cette cause qui seule conduit au vrai traitement, au traitement rationnel et efficace. (*British med. Journ.*, janvier 1864.)

Traitement de la dysentérie par le nitrate d'argent. A s'en rapporter à la liste des médications qui ont été préconisées contre la dysentérie, nous sommes loin d'être désarmés pour le traitement de cette maladie; mais des divers moyens proposés, nous n'en connaissons aucun, nous croyons qu'il n'en est pas qui puissent rendre de plus sûrs services que le nitrate d'argent. Les autres agents pharmaceutiques destinés à l'usage interne ont leurs indications particulières, dépendantes de circonstances qui peuvent varier suivant les individus, et surtout suivant la nature du génie épidémique régnant, quand il y a épidémie. Pour le nitrate d'argent, sans doute il est des cas qui peuvent se montrer rebelles à son emploi, mais nous ne craignons pas de dire que c'est le seul moyen sur lequel il soit permis de toujours compter, autant qu'on le peut faire dans un art comme le nôtre, parce qu'il est le seul qui réponde à une indication qui ne fait jamais défaut, celle de modifier directement l'état de la partie malade. On a donc peine à se rendre compte de la timidité des praticiens français à recourir à un traitement que des travaux sérieux, tels que ceux notamment du professeur Trousseau et de M. Duclos (de Tours), ont démontré aussi efficace, aussi dénué d'inconvénients; et l'on a d'autant plus de peine à comprendre cette timidité, qu'on voit chaque jour employer énergiquement et sans crainte le même agent dans les affections de la conjonctive, du pharynx, de l'urèthre, etc. Nous savons donc gré, pour notre part, à M. le docteur Caradec, médecin de l'hôpital civil de Brest, d'être venu apporter le témoignage de son expérience en faveur d'une médication qu'on ne saurait trop recommander.

Sans relater ici les observations, au nombre de six, données par notre confrère, toutes se rapportant à des cas sérieux, toutes remarquables par l'efficacité du moyen et la rapidité de la guérison, nous nous bornerons à exposer, aussi brièvement que possible, le *modus faciendi* de M. Caradec, lequel ne s'éloigne nullement de celui adopté par les auteurs que nous avons rappelés plus haut, et par nous-même (s'il peut nous être permis de nous citer) avec des résultats dont nous n'avons eu qu'à nous louer grandement.

Après avoir débuté, quand la maladie était récente, par un purgatif, 15 à 20 grammes de sulfate de magnésie ou d'huile de ricin, pour balayer le tube digestif, M. Caradec prescrit chaque jour, matin et soir, un lavement au nitrate d'argent, qu'il fait précéder d'un grand lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin; la dose varie, pour chaque lavement, suivant l'âge, la disposition et la tolérance individuelles, suivant la gravité, l'étendue et l'ancienneté de l'affection, depuis 0,05 à 0,10 centigrammes chez les enfants, jusqu'à 0,25 à 0,30 centigrammes chez les adultes, pour 125 grammes d'eau; ces lavements, additionnés au besoin de quelques gouttes de laudanum de Sydenham pour en faciliter la tolérance, sont continués à la même dose jusqu'à modification marquée des garde-robes, puis à dose moindre jusqu'à disparition complète des glaires et du sang, et même jusqu'à cessation de toute diarrhée. Il n'y a pas à se préoccuper de la matière dont est faite la seringue; l'état fébrile, la prostration, l'adynamie ne sont aucunement des contre-indications. Dans la plu-

part des cas, ces lavements sont bien tolérés.

Dans ceux où ils ne le seraient pas, malgré l'addition du laudanum, dans ceux encore où ils ne paraîtraient pas atteindre jusqu'à ses limites le siége du mal qui quelquefois peut remonter très-haut et même dépasser la valvule iléo-cœcale, M. Caradec a recours à la forme pilulaire chez les adultes, à celle de potion chez les enfants. Dans aucun cas il n'a dépassé la dose de 0,05 centigrammes par jour, et il a obtenu ainsi de bonnes guérisons, notamment, entre autres, dans le cas d'une femme chez laquelle les lavements, après avoir amené une amélioration rapide, ne produisaient plus aucun effet, parce que, à en juger aux symptômes, l'inflammation dysentérique s'était étendue à tout le gros intestin (5 pilules par jour de 0,01 centigramme de sel argentique); dans celui encore d'un enfant de cinq ans qui se refusait à prendre les lavements (potion avec 0,02 centigrammes pour 80 grammes d'eau et 15 grammes de sirop de fleurs d'oranger, par cuillerées à dessert d'heure en heure).

La médication argyrique, dans les faits rapportés par M. Caradec, s'est montrée à la fois sédative et antispasmodique, en même temps que substitutive, ou plutôt, peut-on dire, parce qu'elle est substitutive. Elle a aussi quelque chose d'abortif, et on pourrait ajouter presque de spécifique, en voyant, dans certains cas, s'opérer des transformations en quelque sorte subites. Ces transformations ne sont, du reste, pas rares, et nous avons pu en constater plusieurs fois de semblables. (*Union méd.*, févr. 1864.)

Fistule sous-hyoïdienne, opération seul moyen curatif. Il est une espèce de kyste qu'on observe dans la région thyro-hyoïdienne, sur la ligne médiane, au-dessous de la base de l'os hyoïde, et à la suite duquel, soit que la tumeur ait été ponctionnée, soit qu'elle se soit ouverte spontanément après un travail inflammatoire, il reste une fistule très-difficile à guérir. Ces kystes, dont Boyer plaçait le siége dans la bourse séreuse thyro-hyoïdienne, sont regardés par M. Nélaton, qui en a fait l'objet de recherches particulières, comme formés par l'ampliation d'un des follicules sous-muqueux placés sous la base de la langue.

Ce genre de tumeur, qu'en raison de son siége et de son contenu, liquide filant et opalin, le chirurgien de l'hôpital des Cliniques appellerait volontiers *grenouillette* sous-hyoïdienne, est une affection assez rare. Tant que la maladie est à l'état de kyste, le traitement qui paraîtrait le mieux indiqué serait l'injection iodée. Mais quand il s'est formé consécutivement une fistule, ce moyen, de même que la cautérisation, reste sans résultat, à cause de la difficulté d'atteindre le siége primitif du mal. La seule voie pour en triompher, d'après l'expérience de M. Nélaton, est de recourir à une opération consistant à disséquer le trajet fistuleux avec le bistouri, à poursuivre le cordon dur qu'il forme jusqu'en arrière de l'os hyoïde, et à enlever le plus possible de la petite tumeur sous-hyoïdienne.

Cette opération a été pratiquée l'an dernier par M. Nélaton sur un jeune homme chez lequel on avait employé auparavant une foule d'autres moyens sans aucun succès, et la guérison ne s'est pas démentie depuis. Elle vient de l'être de nouveau sur une jeune fille qui avait été adressée à l'éminent professeur par M. Richard, chirurgien de l'hôpital Cochin, après une cautérisation au moyen de la pâte de Canquoin, d'abord efficace en apparence, mais bientôt suivie de récidive. Au bout d'un mois, la jeune fille put quitter l'hôpital, la guérison paraissant assurée. (*Union méd.*, févr. 1864.)

Hernie ombilicale, cure radicale chez un adulte, au moyen d'un procédé modifié de ligature. La cure radicale de la hernie ombilicale s'obtient facilement chez les enfants, soit au moyen du bandage porté un temps suffisant, soit plus rapidement par des moyens chirurgicaux, ligature ou compression, qui ont pour but d'amener la mortification du sac et la formation d'une cicatrice solide. Il n'en est pas de même chez les adultes : le bandage n'est qu'un palliatif, pas même toujours efficace, et la cure radicale n'est pas commune. Cependant, elle peut être obtenue, comme elle l'a été dans le cas suivant, précisément par un procédé qui appartient à la méthode de la ligature.

W. N***, âgé de cinquante ans, entre à l'hôpital Saint-Georges, à Londres, le 2 décembre 1862, porteur d'une omphalocèle d'un volume plus considérable que celui d'un œuf de poule. La hernie pouvait se réduire, quoiqu'avec difficulté, mais reparais-

sait immédiatement dès que le malade était debout. Depuis quelque temps, la tumeur devenait parfois très-tendue et restait dans cet état trois ou quatre jours, causant beaucoup de douleur et rendant impossibles les occupations habituelles.

Le 27 décembre, la hernie ayant été complétement réduite, non sans un peu de peine, le chirurgien, M. Lee, ayant saisi le sac entre le pouce et l'index, en traversa le col de trois aiguilles, tout contre l'anneau abdominal, et appliqua sur leurs extrémités des sutures entortillées. Il n'y eut à la suite aucun accident. Le 2 décembre, le sac paraissant complétement oblitéré, les aiguilles furent enlevées; le 27, il était revenu sur lui-même, comme ratatiné, et la tuux n'y déterminait aucune impulsion. Le malade, sorti le 29 du même mois bien guéri suivant toute apparence, a été revu dans le cours du mois de février suivant et plusieurs autres fois depuis; jamais il ne s'est manifesté aucun signe de récidive; la peau qui recouvrait le sac s'est graduellement convertie en une substance sèche, d'une coloration brunâtre, ayant quelque chose de l'aspect d'une verrue, et pas plus volumineuse que la moitié d'une noix ordinaire. — Ce n'est pas le premier cas de ce genre, à l'hôpital Saint-Georges, où M. Lee ait appliqué ce procédé; il y a eu recours, dans ces derniers temps, chez plusieurs enfants atteints de hernie ombilicale, et avec le même succès. (*British med. journ.*, nov. 1863.)

Épingle à cheveux extraite de la vessie, chez un homme, au moyen du lithotriteur. Il est assez difficile, ou plutôt il serait impossible d'indiquer un mode d'extraction, un instrument toujours applicable à tous les cas de corps étrangers introduits dans les voies urinaires, soit de l'homme, soit de la femme; il est clair que chacun de ces corps, par sa forme, par son volume, par la partie des organes qu'il occupe, commande une façon d'agir et des instruments appropriés. Voici un exemple de ce genre d'accident où le lithotriteur a parfaitement réussi entre les mains de M. H. Thompson.

Il s'agit d'un gentleman âgé de soixante-cinq ans, qui s'était introduit une épingle à cheveux dans l'urèthre, dans le but prétendu de se soulager d'une vive démangeaison survenue dans ce canal. Appelé peu de temps après, M. Dunn constata la présence du corps étranger, qui, à ce moment, n'était pas distant du méat de plus d'un pouce et demi. Ce praticien envoya chercher M. Thompson, qui, venu deux ou trois heures après l'accident, introduisit aussitôt une pince uréthrale mince et reconnut la présence de l'épingle dans le canal, les deux pointes tournées vers le méat, mais à une profondeur maintenant d'au moins quatre pouces et demi. Dans l'impossibilité de saisir les pointes, qui étaient l'une et l'autre enfoncées dans la muqueuse, le chirurgien eut d'abord l'idée de couper l'épingle en deux, mais sans pouvoir y réussir, n'ayant sous la main rien qui fût à la fois d'assez petit volume et assez solide pour procurer ce résultat à une telle distance du méat. Il s'apprêtait en conséquence à inciser l'urèthre dans la région périnéale, comme dans la taille médiane; mais ayant introduit un conducteur, il reconnut qu'il avait ainsi précipité le corps étranger dans la cavité vésicale. Retirant alors le conducteur, il porta dans la vessie un lithotriteur à mors non fenêtrés, et put saisir le corps étranger sans difficulté, mais dans le sens transversal. Après une seconde tentative, sans plus de succès, il parvint enfin à saisir une des pointes de l'épingle, l'amena jusqu'au col vésical, et par des mouvements doux de latéralité, réussit à l'attirer à travers l'urèthre, sans rencontrer beaucoup de résistance; pendant ce mouvement imprimé à cette branche, l'autre branche de l'épingle se redressait, en sorte qu'elle put à son tour s'engager dans le canal et être retirée à la suite de la première. L'épingle ainsi redressée décrivait une ligne à peu près droite, mesurant cinq pouces un quart en longueur. L'opération avait duré environ cinq minutes, sans occasionner aucune perte de sang, sans exciter de douleur, et ne fut suivie d'aucun symptôme fâcheux. (*Lancet*, novembre 1863.)

Procédé proposé pour l'extraction d'une épingle à cheveux introduite dans l'urèthre, chez l'homme. On vient de voir, dans le cas qui précède, que notre habile confrère, au moment où il vit le malade et où il se trouva en demeure d'agir, n'avait par devers lui aucun moyen d'extraire le corps étranger séjournant encore dans l'urèthre. Ce ne fut qu'après l'avoir poussé dans la vessie qu'il lui fut possible

de le saisir au moyen du lithotriteur et qu'il put l'attirer au dehors. Le procédé employé par M. Thompson fut suivi de succès et d'un succès très-favorable et très-prompt ; mais il est clair que le résultat aurait pu être moins heureux, ou tout au moins plus laborieux, moins prompt et moins facile à obtenir. Il est donc clair que les chirurgiens appelés, le premier surtout, alors que l'épingle n'était encore qu'à un pouce et demi du méat, s'ils eussent eu en leur possession un moyen de saisir l'épingle dans le canal même, auraient trouvé de beaucoup préférable de ne pas s'exposer à la pousser dans la cavité vésicale. Ce moyen, M. Ch. Heath, chirurgien adjoint et professeur d'anatomie à Westminster hospital, croit l'avoir trouvé, et, d'après les résultats d'expériences par lui faites sur le cadavre, il le propose avec confiance, mais spécialement pour l'extraction d'une épingle à cheveux, si un cas semblable venait encore à se rencontrer. Voici en quoi il consiste.

L'opérateur, saisissant la verge entre le pouce et l'index, la serre de façon à maintenir solidement l'épingle et à agir en même temps sur l'une et l'autre de ses branches en en rapprochant les pointes. Il suffit dès lors d'introduire un tube dans le canal, un tube en argent tel, par exemple, qu'il s'en trouve dans toutes les trousses, de porter ce tube jusqu'aux pointes réunies, et, par une manœuvre facile à exécuter, de les faire pénétrer ensemble dans son calibre, le plus profondément qu'il est possible. En cessant alors la pression bilatérale sur les deux branches de l'épingle, celles-ci s'écartent d'elles-mêmes en vertu de leur élasticité, et ainsi se trouvent assez solidement fixées dans le tube pour qu'en retirant celui-ci, en même temps que l'autre main agit en arrière, le corps étranger puisse être amené hors de l'urètre. On comprend que, si les pointes se trouvaient accrochées dans la muqueuse du canal, il serait nécessaire de les dégager au préalable, ce qui ne saurait présenter beaucoup de difficulté. (*Lancet*, janvier 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Anesthésie chloroformique prolongée au moyen des injections sous-cutanées de morphine; expériences confirmatives sur les animaux. Justement frappée des faits annoncés par le professeur Nussbaum, dont nous avons rendu compte dernièrement (15 janvier 1864), la société de médecine de Versailles a chargé une commission, composée des docteurs Tarneau et Le Duc, de MM. Naudin et Moser, vétérinaires, et Rabot, pharmacien de première classe, rapporteur, d'étudier cette question importante par des expériences faites sur les animaux. Deux chiens de chasse adultes ont été soumis à ces expériences, faites à intervalles de plusieurs jours, et d'après le rapport, présenté par M. Rabot dans la séance du 28 janvier dernier, il y a lieu d'espérer que M. Nussbaum a en réalité découvert un moyen de prolonger l'anesthésie produite par le chloroforme. Voici, en effet, quels ont été les résultats obtenus :

Pour le premier chien, soumis aux expériences, il y a eu : avec le chloroforme seul, dix-neuf minutes d'insensibilité ; avec le chloroforme et une injection de 2 centigrammes environ de chlorhydrate de morphine, trente-six minutes d'insensibilité ;

Pour le deuxième animal, avec le chloroforme seul, insensibilité d'environ trente minutes ; avec le chloroforme et une injection de 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine, insensibilité absolue pendant une heure vingt-sept minutes ; enfin avec le chloroforme et une injection de 65 milligrammes, cinq heures quarante-quatre minutes d'insensibilité absolue.

Ces chiffres ainsi rapprochés ont paru concluants à la commission, qui n'hésite pas à regarder comme un fait désormais acquis la prolongation de l'anesthésie chloroformique par les sels de morphine employés en injection sous-cutanée. Nous sommes disposé à envisager les choses de la même manière que nos honorables confrères, tout en appelant de nouvelles expériences que nous espérons et désirons confirmatives ; car si, par le moyen proposé, on n'est pas à l'abri de tout accident funeste, puisqu'on a vu assez souvent la mort survenir dès le début de la chloroformisation, il est permis, du moins, de pen-

ser qu'on serait à même de prolonger l'insensibilité autant qu'on le voudrait, dans les cas où cela pourrait être nécessaire, d'une manière moins périlleuse que par l'emploi de doses répétées de chloroforme.

Iritis sympathique; son traitement par l'iridectomie. Guidé par mes propres recherches, dit M. Tavignot, touchant l'efficacité des ponctions de l'iris dans l'iritis ordinaire; en présence surtout des succès multipliés obtenus par de Graefe dans le traitement du glaucome à forme phlegmasique par l'excision, je me suis décidé, en raison même des analogies que j'ai constatées entre ces deux affections, à traiter l'iritis sympathique comme le chirurgien de Berlin traite le glaucome, c'est-à-dire par l'iridectomie.

Il s'agissait, dans l'espèce, d'une jeune fille de onze ans, ayant perdu l'œil droit à la suite d'un coup de ciseaux, et chez laquelle l'iritis sympathique du côté gauche avait débuté cinq semaines après l'accident. — J'avais affaire à la seconde attaque de la maladie irido-choroïdienne. L'opération, exécutée avec ma pince-crochet, eut pour effet de supprimer un tiers environ de l'iris, vers sa partie externe, de sa petite à sa grande circonférence. L'iritis a été, pour ainsi dire, enlevée d'emblée: aucun accident, soit primitif, soit consécutif, n'est survenu, et la guérison, qui date aujourd'hui de trois mois, est aussi complète que possible. Il n'y a pas eu de récidive.

Si cette guérison persiste, comme tout semble le faire espérer, l'iritis sympathique aura donc cessé d'être une affection au-dessus des ressources de l'art, ainsi que la plupart des auteurs l'ont répété jusqu'à présent. (*Compte rendu de l'Acad. des Sciences*, février 1864.)

Hématurie du cap de Bonne-Espérance. Consulté par un habitant du Cap, pour une perte de sang mêlé aux dernières gouttes d'urine, et dont la quantité n'excédait jamais une cuillerée à café, M. Harley apprit que beaucoup de résidents sont sujets à cette maladie. Il se procura un échantillon de l'urine et y reconnut la présence d'œufs d'un entozoaire appartenant à la famille des *distoma*. L'individu de cette espèce zoologique avec lequel il a le plus de rapports est le *distoma hœmatobium*, très-commun en Egypte, et qui a été étudié par Bilharz et Griesinger. M. Harley a été assez heureux pour trouver dans l'urine de son malade un embryon parfait de cet animalcule au sortir de son œuf.

La fréquence de cette maladie au Cap lui a été confirmée par un médecin, le docteur Dunstroville, qui y a pratiqué vingt-sept ans, et qui avait observé souvent, notamment chez ses deux fils, de pareils symptômes, sans avoir pu en constater par le microscope la cause matérielle. (*Royal med. and chirurg. Society*, 29 janv. 1864.)

VARIÉTÉS.

Les vivisections devant le Sénat.

Nos lecteurs se rappellent les débats qui eurent lieu l'an dernier au sein de l'Académie de médecine sur les prétendus abus des vivisections. La question vient d'être portée par voie de pétition devant le Sénat. Il nous paraît intéressant de montrer que dans une illustre assemblée, où le corps médical ne compte aucun représentant, tandis qu'un grand nombre de ses membres font partie de la Société protectrice des animaux, pas une voix ne s'est élevée pour soutenir cette accusation.

Nous empruntons au *Moniteur* le compte-rendu de la séance et débutons par reproduire le rapport de M. le baron Chapuis-Montlaville.

Messieurs les sénateurs, le sieur Grandjean, à Paris, demande que des mesures soient prises pour réprimer les abus auxquels donneraient lieu, suivant lui, les expériences faites sur les animaux vivants.

Le pétitionnaire, à l'appui de sa proposition, fait valoir d'excellents sentiments d'humanité. Il interroge tous les bons cœurs ; il dit avec une pleine vérité que si Dieu a créé les animaux à l'usage de l'homme, c'est pour en user et non pour en abuser. Il désire que, dans les opérations de vivisection, les animaux soient rendus insensibles par l'emploi du chloroforme. Il pense que la question appartient à la plus haute morale, et qu'il est dans votre devoir de contribuer à détruire, je cite textuellement, l'abus sanguinaire qu'il signale, tout en conservant à la science ses moyens de libre recherche.

Cette question a été récemment l'objet de discussions approfondies dans le sein de l'Académie impériale de médecine. Voici à quelle occasion. La Société protectrice des animaux de Londres avait adressé à l'Empereur des observations et des prières au sujet de ce qui se passe en France dans les laboratoires publics de vivisection ; elle se montrait profondément émue. Sa Majesté, dans sa vive sollicitude pour tous les progrès moraux, dans la ferme intention de diminuer autant que possible les souffrances des êtres créés, et sans s'arrêter à cette singularité qui nous frappe tous, à savoir, que ces réclamations lui arrivaient d'un pays où il y a beaucoup à faire pour adoucir la condition des animaux et même celle de l'homme, où les combats d'animaux sont un scandale public, et où les boxeurs s'assomment en champ clos, aux applaudissements du peuple, s'est empressée de donner des ordres pour que la question fût portée devant l'Académie de médecine. Cette Société savante devait examiner s'il était indispensable à l'entretien et au progrès de la science de continuer à opérer sur le *vivant*, et s'il ne serait pas possible d'adoucir les souffrances des animaux soumis aux opérations chirurgicales, dans l'intérêt de l'humanité.

Plusieurs séances ont été consacrées à l'examen de cet important sujet. Nos illustrations médicales ont pris part au débat. MM. les docteurs Parchappe, Dubois, Béclard, Piorry et Bouley ont apporté tour à tour à l'Académie le tribut de leur longue pratique, de leurs méditations et de leur talent. Si des vues différentes de détails doivent être attribués à quelques-uns d'entre eux, les uns et les autres sont d'accord sur le principe. Les vivisections sont indispensables pour l'étude des maux dont l'homme peut être atteint, et pour apprendre à y remédier. Elles ont été la source, la démonstration des plus grandes découvertes en physiologie, en pathologie, en médecine légale et en thérapeutique.

Dans la science de la vie, l'être vivant devant être le sujet de l'expérimentation, ce n'est pas l'homme, mais les animaux, qu'il faut choisir. La question de la légitimité des expériences sur les animaux vivants se résout donc entièrement dans la question de leur utilité.

Si nous considérons comme acquise à la discussion la nécessité de la vivisection, lorsqu'elle a pour but le soulagement et la conservation de l'homme, et si nous admettons dans cette limite qu'elle n'est pas désapprouvée par le sentiment humanitaire, une autre question, conséquence de la première, se pose immédiatement. S'il y a impossibilité d'interdire la vivisection au profit de l'homme, ne pourrait-on réglementer l'exercice de ce droit, et faire intervenir l'autorité publique pour prévenir les abus et réduire le nombre des cas où il serait permis d'interroger la chair encore palpitante des animaux et leurs organes encore animés d'un reste de vie, afin d'y surprendre instantanément les phénomènes si rapides et si déliés de la sensibilité ?

Répondre affirmativement sous le coup de l'interrogatoire de Londres serait reconnaître que l'état actuel des choses laisse à désirer, et qu'il y a eu abus de la part de nos vivisecteurs. Grâce à Dieu, ici la vérité se trouve d'accord avec

la juste susceptibilité de la science nationale. Non, il n'y a pas eu abus dans nos amphithéâtres. Le sens moral de nos expérimentateurs concilie toujours dans ces recherches l'utilité scientifique avec ce que la pitié bienveillante exige impérieusement. Les praticiens recommandables comprennent que faire des expérimentations sans un but d'utilité réelle serait cruel et coupable.

Mais en négligeant cette considération, et en examinant la question au fond, on se demande comment il serait possible d'établir un règlement en pareille matière. Le règlement, quelque savant qu'il fût, pourrait-il prévoir toutes les circonstances où la vivisection serait nécessaire ? Pourrait-il arrêter le bistouri du chirurgien au moment où il entrerait trop profondément et inutilement dans le corps du pauvre animal ?

Dans les établissements publics, vous organiseriez à la rigueur cette surveillance ; elle serait sans efficacité par la force des choses, elle existerait cependant sur le papier et dans les personnes ; mais dans les laboratoires particuliers, y pénétreriez-vous ? Non, assurément, vous vous arrêteriez sur le seuil du domicile du citoyen, et alors la science, quittant vos amphithéâtres, irait se réfugier dans ces asiles, où elle serait plus à l'aise pour les expériences, et où elle se consolerait, en travaillant, de l'injuste suspicion dont elle aurait été l'objet.

Le plus sage comme le plus juste, c'est de s'en rapporter à la prudence et à la bonté de cœur de ceux qui sont chargés de présider à ces opérations. C'est au sens moral, à la conscience, et non à des règlements ou à des lois, qu'il appartient de régler la conduite du physiologiste expérimentateur. Cet avis est non-seulement celui d'un corps illustre, de l'Académie impériale de médecine, mais il est partagé par les hommes éminents qui ne séparent pas les études médicales des principes de la plus haute philosophie, tels que M. Claude Bernard, professeur au collége de France ; Flourens, professeur au Muséum, tous deux membres de l'Institut ; Andral, Rayer, noms justement entourés de la confiance publique.

Enfin, messieurs les sénateurs, nous aurons l'honneur de vous rappeler que nous possédons une Société protectrice des animaux, présidée par l'honorable marquis de Villemur ; cette Société, où se rencontrent les notabilités des autres pays, veille avec une religieuse sollicitude à ce que les proscriptions de la *loi Grammont* soient exécutées. Elle n'aurait pas laissé assurément à la Société anglaise le soin, l'honneur de signaler au gouvernement de l'Empereur les excès de la vivisection, si ces excès s'étaient produits autour d'elle.

Votre Commission vous aurait proposé de passer à l'ordre du jour sur la pétition du sieur Grandjean, si les opérations chirurgicales dans les écoles vétérinaires n'avaient attiré son attention. Là on ne peut pas invoquer l'intérêt de la santé ou de la vie de l'homme, les recherches ne profitent qu'à la fortune privée. Lorsqu'on parvient à guérir des animaux, c'est une affaire d'argent et rien de plus. Les intérêts sérieux et de haute science engagés dans les vivisections opérées en vue de l'homme ne se retrouvent plus dans les vivisections à l'usage exclusif des animaux.

Ces souffrances infligées à ces pauvres êtres placés par le Créateur dans l'échelle au-dessous de nous pour nous servir, à ces compagnons de notre vie, qui les uns supportent la fatigue pour nous l'épargner, qui s'associent à nos ardeurs dans la bataille, à nos travaux dans la paix ; les autres nous aiment, nous caressent, nous avertissent, nous défendent au besoin, et font, pour ainsi dire, partie de la famille, sont-elles toujours bien nécessaires ? S'il en est

ainsi, pourquoi, avant les opérations, ne pas prévenir la souffrance en rendan l'animal insensible ?

Votre Commission a pensé qu'il y avait sur ce point un examen à faire, et sans doute une réforme à apporter à ce qui se pratique actuellement.

De savants vétérinaires ont défendu la cause du régime actuel devant l'Académie de médecine; mais s'ils ont convaincu l'Académie, ils nous ont laissés incrédules; nous devons l'avouer, des exagérations de zèle scientifique se sont produites dans les écoles vétérinaires. Ainsi, on ne se contente pas de pratiquer une seule opération sur des animaux vivants, un seul cheval en a subi soixante-quatre, en souffrant sans périr. Ces excès ne sont pas fréquents, nous le reconnaissons. Toutefois il importe de les faire cesser, et d'appeler l'attention du gouvernement sur cette situation qui, comme le disait le pétitionnaire, afflige les bons cœurs.

Nous ne voulons pas être accusés d'interdire à la médecine vétérinaire les moyens de faire, elle aussi, les progrès qui signalent toutes les sciences dans notre temps à la reconnaissance publique. Nous ne voulons pas, d'autre part, joûter de savoir et d'expérience avec les hommes distingués qui la représentent à l'Académie de médecine; mais nous leur dirons qu'il nous semble, ainsi que l'éloquent docteur Béclard l'a si parfaitement expliqué dans le cours de la discussion académique, qu'ils peuvent opérer sur des animaux morts, malades ou insensibles, et qu'il nous paraît que c'est assez.

Est-ce que, par hasard, l'habileté de la main de nos chirurgiens peut être contestée ? Est-ce que, parmi un grand nombre, MM. Dupuytren, Velpeau et Nélaton n'ont pas conquis l'admiration du monde savant ? Eh bien, pour arriver à cette perfection chirurgicale, ont-ils opéré sur des êtres vivants ? Non, ils ont opéré sur des êtres privés de la vie.

Ce qui leur a suffi pour atteindre les hauteurs de leur art ne peut-il suffire aux élèves de nos écoles vétérinaires ?

Mais les sujets, morts ou malades, font observer les professeurs vétérinaires, manquent, et nos amphithéâtres seraient trop souvent privés de démonstrations. Il est difficile d'admettre le mérite de cette assertion lorsque nous venons à nous rappeler que les écoles vétérinaires sont situées aux portes de nos plus grandes cités, où les animaux morts ou malades abondent en tout temps.

Enfin, messieurs les sénateurs, ces honorables docteurs-professeurs vétérinaires insistent sur la nécessité d'opérer sur le vivant; ils prétendent que, malgré les leçons de maintien, on ne parvient que difficilement à contenir les animaux, et que l'élève obligé de pratiquer l'opération, malgré les mouvements convulsifs de l'animal, apprend ainsi à avoir la main plus ferme et plus légère. A ce propos, il faut que le Sénat sache que l'on appelle *leçons de maintien* l'opération préliminaire qui consiste à lier les animaux, à les fixer immobiles sur le sol, afin de pouvoir pratiquer plus facilement l'opération chirurgicale.

Nous avons répondu d'avance à cette objection par l'énoncé de l'opinion de M. le docteur Béclard. Nous nous bornerous à ajouter que cette question de la vivisection opérée sur les animaux vivants dans nos écoles vétérinaires, pour les conquêtes seulemont de la science qui y est enseignée, mérite examen.

C'est à l'Académie impériale de médecine, aux directeurs et professeurs de nos écoles vétérinaires qu'il appartient de rechercher, sous l'influence et l'autorité du gouvernement, les moyens à l'aide desquels on peut concilier les sentiments d'humanité avec les exigeuces du progrès scientifique.

Par ces considérations, en repoussant les critiques amères et souverainement

injustes adressées par la Société protectrice des animaux de Londres à nos opérateurs, en nous unissant aux nobles sentiments et aux vues élevées de l'Académie impériale de médecine, votre première Commission des pétitions a l'honneur de vous proposer de renvoyer la pétition du sieur Grandjean à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

M. Le Verrier. Je n'ai que très-peu de mots à dire; j'avoue que je suis lassé de nous entendre toujours recommander l'Angleterre et ses institutions, et je le suis encore plus quand les Sociétés de la ville de Londres se croient permis de nous faire des représentations au nom de l'humanité.

M. le rapporteur. C'est ce que nous avons dit dans le rapport.

M. Le Verrier. Je le sais : je tiens seulement à vous compléter. Je recommande à mon tour à l'Angleterre une situation beaucoup plus grave et qu'on chercherait vainement ailleurs. C'est seulement chez elle qu'on rencontre des membres du Parlement qui puissent être accusés, pièces en mains, de soudoyer des assassins. (Sensation. — Très-bien ! très-bien !)

M. le président. Vous ne demandez pas l'ordre du jour ?

M. Le Verrier. Je vous demande pardon, je demande l'ordre du jour.

M. le marquis de Boissy. Je suis bien fâché de me trouver en désaccord avec M. Le Verrier quant au vote qu'il a proposé, mais non quant à ce qu'il a dit de l'Angleterre. Pourquoi l'ordre du jour ? La recommandation est-elle bonne ? Si elle l'est, il faut l'adopter, non pas parce qu'elle vient de l'Angleterre, car nous savons que ce qui en vient est en général très-mauvais, perfide, pestilentiel (On rit); mais parce qu'elle est bonne. Dans ce cas-ci, il y a peut-être un peu de bon dans ce qui est dit, non pas par l'Angleterre, mais par quelques philanthropes anglais. En n'accueillant pas la pétition par l'ordre du jour, nous donnons plus d'autorité aux paroles de M. Le Verrier. Bien que ce pays voisin soit un repaire d'assassins, qu'on les y entretienne et qu'on les y nourrisse comme des chasseurs nourrissent des furets dans un tonneau pour aller à la chasse, j'appuie les conclusions de la Commission. On verra que, si une recommandation par hasard, quoique venant de Londres, est juste, fondée, nous ne la repoussons pas. Je compte que nos paroles arriveront en Angleterre et qu'on s'y montrera peut-être désormais un peu moins partisan de la liberté de l'assassinat. (Mouvement.)

M. le président. Rentrez dans la question, monsieur de Boissy; vos paroles ne tendent qu'à envenimer les choses.

M. le comte Boulay de la Meurthe. Cela n'a pas de rapport avec la pétition. Je demande l'ordre du jour.

M. le marquis de Boissy. Pourquoi l'ordre du jour ? Ce qui est dit est dit, et les paroles de M. Le Verrier auront un retentissement, je l'espère.

M. le président. Je vais mettre aux voix l'ordre du jour.

M. le rapporteur. Si l'ordre du jour est appuyé, je demanderai à dire quelques paroles contre.

M. le président. L'ordre du jour est appuyé, très-appuyé même.

M. le baron de Chapuys-Montlaville, *rapporteur*. Je ferai observer au Sénat que, dans le rapport, nous sommes entrés dans les idées qui viennent d'être exprimées par l'honorable M. Le Verrier, et que nous avons parfaitement expliqué qu'il était extraordinaire que ce fût en Angleterre, dans un pays où non-seulement le sort des animaux est livré à la brutalité des expérimentateurs, mais encore où le sort des hommes est exposé tous les jours dans des batailles à coups de poing honteuses pour l'humanité...

M. Le Verrier. Cela les regarde.

M. le rapporteur. Nous avons rendu pleine et entière justice à l'humanité de nos chirurgiens opérateurs; nous avons dit qu'il n'y avait aucune espèce d'abus dans les amphithéâtres de médecine, mais qu'il n'en était pas de même dans les amphithéâtres des écoles vétérinaires. Il faut bien distinguer entre les vivisections qui ont pour objet la vie ou la santé de l'homme et celles qui n'ont pour but que la vie ou la santé des animaux. La Commission persiste à demander le renvoi à M. le ministre de cette dernière partie de la pétition.

M. le comte Boulay de la Meurthe. On est plus sensible en Angleterre, à ce qu'il paraît, pour les animaux que pour les hommes. Je demande que l'ordre du jour soit adopté.

M. le président. Je mets aux voix l'ordre du jour qui a été demandé.

(L'ordre du jour est adopté.)

Un concours pour deux places de médecin du Bureau central aura lieu le lundi 4 avril. Le registre d'inscription sera clos le samedi 19 mars.

M. le ministre de l'instruction publique vient de désigner M. le docteur Daremberg comme *chargé* d'un cours d'histoire de la médecine au collége de France. M. Daremberg avait déjà fait un cours semblable dans le même établissement en 1846. Espérons que cette fois l'essai sera continué, et transformé en une création définitive.

M. Rayer, président de l'Association des médecins de France, et M. Paul Andral, conseiller judiciaire de l'Association, ont été reçus lundi dernier en audience du ministre de la justice. L'exercice illégal de la médecine dans le département de la Gironde, la rétribution insuffisante des médecins requis par la loi ont été soumis au ministre, qui a promis de prendre en considération le rapport de l'Association médicale.

Une commission est instituée près le ministère de l'instruction publique pour préparer l'organisation et assurer les résultats d'une expédition scientifique au Mexique.

Sont nommés membres de cette commission : M. le ministre de l'instruction publique, *président* ; le maréchal Vaillant, le baron Gros, Michel Chevalier, le vice-amiral Jurien de la Gravière, Boussingault, Combes, Decaisne, Faye, de Longpérier, Maury, Milne Edwards, de Quatrefages, Ch. Sainte-Claire Deville, de Tessan, membres de l'Institut ; le baron Larrey ; Angrand, ancien consul général au Guatemala ; le colonel Ribourt, chef du cabinet de M. le ministre de la guerre ; Viollet-le-Duc, César Daly, architectes ; Marié-Davy, astronome à l'Observatoire impérial ; Vivien de Saint-Martin ; l'abbé Brasseur de Bourbourg ; Aubin ; Bellaguet, chef de division au ministère de l'instruction publique ; Anatole Duruy, *secrétaire*.

Par un arrêté ministériel en date du 15 février, il est institué près du ministère de l'instruction publique une Commission centrale chargée de donner son avis sur toutes questions d'alimentation, d'habillement, d'hygiène, de gymnastique, etc., concernant les lycées de l'empire.

De plus, il sera institué au siége de chaque Académie une Commission d'hygiène chargée d'étudier les mêmes questions au point de vue des nécessités spéciales, des besoins et des convenances des divers lycées situés dans le ressort.

Les membres de ces Commissions, composées de cinq membres au moins et de sept au plus, seront nommés par le ministre sur la proposition du recteur.

La Commission administrative des lycées de Paris, indépendamment de ses attributions ordinaires, remplira pour le ressort de l'Académie de Paris les fonctions dévolues par le présent arrêté aux Commissions instituées dans chaque Académie.

Sont nommés membres de la Commission centrale d'hygiène : MM. Dumas, membre de l'Institut, président; Rayer, membre de l'Institut; Brongniart, membre de l'Institut; Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Faye, membre de l'Institut; Vernois, médecin consultant de l'Empereur; Caffe, docteur en médecine; Mourier, chef de la deuxième division au ministère de l'instruction publique; Anatole Duruy, secrétaire.

La Société de médecine de Bordeaux a décerné, dans sa séance du 20 février, les récompenses suivantes : 1re médaille d'or, M. le docteur Marx; 2e médaille d'or, M. le docteur Mandon; mention honorable, M. le docteur Rouzier-Joly; médaille d'encouragement, grand module, M. H. Jacquemet.

A la suite d'une opération de trachéotomie pour un cas de croup à l'hôpital Beaujon, quatre élèves, MM. Magnié, Bessay, Delfau et Blumenthal, ainsi que M. Maurice Raynaud (l'auteur de la *Médecine au temps de Molière*), ont pratiqué l'insufflation par la canule, dans l'espoir, malheureusement vain, de ranimer l'opérée en proie à l'asphyxie. Il y a lieu de conjecturer que ces jeunes gens ne seront pas victimes de cet acte de dévouement. Les expériences de MM. Trousseau, Peter, Bouley et Reynal, ont rendu fort probable, sinon certaine, la non-inoculabilité de la matière diphthéritique. Il n'en faut pas moins un vif sentiment du devoir pour jouer sa vie sur une question non encore définitivement tranchée, d'autant plus que la diphthérite peut être contagieuse par infection, et M. Husson a eu une pensée excellente et digne de lui en se transportant à l'hôpital pour remercier MM. les élèves.

Une lettre adressée au journal la *Haute-Loire* raconte la mort du docteur Gallice, maire de Langeac, qui a péri au milieu des neiges :

« Samedi 20 février, le docteur quitta sa famille vers deux heures pour se rendre auprès d'un mourant qui réclamait ses soins. En revenant, la neige tombait avec intensité, le froid était vif; M. Gallice, se sentant faiblir, mit pied à terre et s'évanouit tout proche d'une maison isolée. Son cheval errant fut arrêté par un employé de la ferme de Laroue, et quelques instants après le docteur était reconnu par le propriétaire, qui s'apprêtait, dit-on, à le faire porter chez lui, quand un charpentier intervint et fit observer que peut-être il était mort ou qu'il pouvait mourir dans le parcours pour se rendre à la maison ; que la justice seule avait le droit de le recueillir, et qu'il fallait envoyer à Langeac. Le propriétaire crut à de si fatales observations et envoya prévenir l'autorité cantonale à une distance de 4 kilomètres. Une heure après, les gendarmes Barrot et Vincent arrivaient au triple galop, dégageaient M. Gallice de la neige qui le couvrait et le portaient à la ferme, où des soins lui furent alors donnés, hélas ! trop tard. »

La médecine légale vient de faire une grande perte dans la personne du célèbre professeur de Berlin Casper, qui a succombé le 24 février dernier.

M. le docteur Bailly, chevalier de la Légion d'honneur, vice-président de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord, qu'il a présidée plusieurs fois, est décédé, le 4 février 1864, dans sa soixante-septième année.

M. le docteur Landouzy, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Reims, membre correspondant de l'Académie de médecine, auteur de travaux nombreux, et qui avait pris dans ces derniers temps une part si active dans l'étude de la pellagre, est mort le 1er mars, après une courte et cruelle maladie.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Contribution à la thérapeutique des maladies mentales. Bons effets de l'huile de foie de morue dans le cas d'hallucinations se liant à la phthisie pulmonaire.

Si la thérapeutique a ses ressources, elle a aussi, il faut en convenir, ses vides et ses *desiderata*. Les moyens laborieusement acquis dont dispose l'art de guérir sont loin, en effet, d'avoir une répartition égale dans le domaine de la pathologie, et de répondre à tous les besoins créés par elle : tandis que, dans certaines circonstances, ces moyens abondent ou du moins sont suffisants, ils s'offrent, ailleurs, aux mains du praticien avec une parcimonie singulière. Il est une classe de maladies où cette disette thérapeutique se fait particulièrement sentir ; c'est la classe des maladies mentales, maladies avec lesquelles, cependant, on a si souvent à compter dans la pratique.

Parmi les causes multiples de cette pénurie relative, que nous ne voulons pas toutes examiner ici, il en est une que nous ne pouvons nous empêcher de signaler : c'est l'abandon et la profonde indifférence dont la connaissance des affections mentales est l'objet de la part du plus grand nombre de ceux qui se livrent à l'étude et à la pratique de la médecine. Il semble qu'à ce point de vue la pathologie mentale ait été destinée à subir le sort et la situation des malades dont elle s'occupe : en effet, n'a-t-elle pas été reléguée, séquestrée en quelque sorte, hors de l'enseignement médical ; n'est-elle pas demeurée étrangère — *aliénée* — à la plupart des médecins ? Elle a constitué presque de tout temps une espèce d'arche sainte dans laquelle n'ont eu accès que quelques esprits attirés vers elle par goût ou par d'autres mobiles, esprits d'élite, à la vérité, et qui ont imprimé à cette partie de la science une impulsion remarquable. Mais leurs efforts individuels, fussent-ils ceux du génie, ne pouvaient suppléer aux efforts réunis de tous, et les acquisitions faites, surtout en thérapeutique, devaient nécessairement se ressentir de cet abandon général : il leur a manqué, pour être consacrées, les résultats puisés dans la pratique de tous les jours et dans l'expérience de tous, ce *sens commun* de la médecine.

D'un autre côté, une prééminence et une part véritablement exclusives ont été attribuées aux recherches psychologiques dans l'étude de l'aliénation mentale. A Dieu ne plaise que nous ayions l'intention de dédaigner ou de condamner ces recherches ; autant que

personne nous comprenons leur importance et leur nécessité dans un sujet qui touche immédiatement aux attributs moraux et intellectuels de l'homme : la prédilection dont elles ont été l'objet dans ces derniers temps, l'ardeur avec laquelle on s'y est livré, le bénéfice réel qu'en a retiré la science, témoignent non-seulement de l'utilité de ces études abstraites, mais encore de l'aptitude supérieure de quelques esprits éminents, dont s'honore le corps médical, à aborder les problèmes les plus élevés et les plus ardus de la métaphysique. Toutefois, ne s'est-on pas un peu trop complu dans ces hauteurs où ne règne pas toujours une parfaite clarté et d'où l'on perd si facilement de vue la terre? A trop contempler l'âme, n'a-t-on pas un peu oublié le corps? Sans doute l'attention spéciale accordée aux troubles moraux et intellectuels a inspiré des tentatives remarquables et ouvert une voie féconde en applications; témoin l'espèce de traitement auquel Leuret a pour toujours attaché son nom. Mais l'impuissance reconnue de ce traitement dans un grand nombre de cas, les déceptions auxquelles il a donné lieu, même chez quelques-uns de ses partisans les plus fervents, ne sont-elles pas une preuve de l'exagération et de l'exclusivisme qui ont présidé à son établissement et surtout à sa généralisation? Il ne serait pas impossible, d'ailleurs, de montrer que bon nombre de résultats favorables attribués au traitement moral n'ont été, en réalité, que l'effet très-probable de modifications heureuses survenues dans l'état organique de tel ou tel viscère, condition indirecte du délire. L'importance des moyens moraux n'en est pas moins réelle, et nous n'entendons l'atténuer ici en aucune manière; nous avons simplement voulu montrer qu'ils ont été l'objet de préoccupations trop exclusives.

Ce fait ne pouvait manquer de frapper quelques esprits judicieux, adonnés à l'observation rigoureuse et enclins aux déductions pratiques : aussi remarque-t-on dans quelques travaux récents une heureuse tendance à réhabiliter l'élément *somatique* trop délaissé.

C'est vers cette source d'indications auxquelles la thérapeutique est presque toujours en mesure de répondre, que nous voudrions, à notre tour, ramener l'attention : les occasions sont rares de le faire, par cela même que ce point est très-délaissé; aussi nous empressons-nous de saisir celle qui nous est offerte aujourd'hui. Un heureux hasard a fait tomber en nos mains un manuscrit qui traite de l'*influence des altérations du sang sur le système nerveux;* ce mémoire est dû à M. Félix Bourreau, ex-interne des hôpitaux, et a remporté en 1851 le prix Esquirol. Quelques extraits de cet intéressant travail ont été publiés dans les *Annales médico-psychologiques;*

mais dans le choix qui a été fait par la rédaction de ce recueil ne figurent pas, à notre surprise, plusieurs faits dont l'importance et la signification, au point de vue qui nous occupe, ne sauraient être méconnues. Peut être est-ce à leur simplicité qu'ils doivent d'avoir échappé à l'attention; c'est, au contraire, leur simplicité qui nous a porté à les remarquer et nous engage à en faire la base de ce rapide aperçu. Dégagés, en effet, de toute complication, et n'entraînant aucun embarras d'interprétation, ils concourent parfaitement au but que nous nous proposons ici. Rapportons d'abord ces faits, nous essayerons ensuite d'en faire ressortir le côté pratique.

Le premier est relatif à une femme de quarante-deux ans (Grenot, Louise), journalière, maigre, au teint pâle, d'un caractère très-impressionnable, issue de parents sains, mais n'ayant jamais joui elle-même d'une bonne santé. Après avoir vu sa première enfance traversée par la plupart des maladies habituelles à cet âge (scarlatine, rougeole, etc.), elle a été réglée à quinze ans : depuis cette époque, la menstruation s'est toujours montrée chez elle assez régulière, quoique peu abondante, mais constamment accompagnée de leucorrhée. Les privations matérielles de toute sorte, les souffrances physiques et morales puisées dans un mariage malheureux portèrent un dernier coup à sa santé, déjà si éprouvée : elle perdit l'appétit; puis elle fut prise de toux, de fièvre, de diarrhée, de sueurs nocturnes, tomba dans un état de maigreur excessive, et se vit forcée d'entrer à l'hôpital Saint-Antoine. Elle y était à peine depuis quelques jours, lorsqu'elle fut prise tout à coup, pendant la nuit, d'un délire bruyant, pour lequel on se hâta de la transférer à la Salpêtrière.

A son entrée dans cet hospice, le 28 décembre 1851, la malade présentait l'état suivant : très-amaigrie, pâle et abattue, elle était plongée dans une profonde tristesse, tourmentée par une frayeur constante et par l'idée de s'enfuir; la cause de cette tristesse et de cette frayeur est exprimée dans ces plaintes exhalées par la malade : « Une fièvre lente, disait-elle, me mine à petit feu. Je n'ai pas peur de mourir, car je demande chaque jour à Dieu d'abréger ma malheureuse existence ; mais ce que je redoute, c'est *cette mort cruelle dont me menacent depuis plusieurs jours des bourreaux qui me persécutent. Ils sont là au chevet de mon lit, autour de moi; je les entends* sans les voir et vous devez les *entendre* vous-mêmes : écoutez ce qu'ils disent! Sauvez-moi, délivrez-moi de leurs persécutions, les traîtres! Ils veulent faire couler mon sang... » — Rien ne pouvait la consoler; aucun raisonnement ne pouvait la convaincre. Elle

avait une soif vive, sa langue était sèche, légèrement jaunâtre; son pouls battait 102. Elle accusait des douleurs dans les membres, avait de la céphalalgie et de la fièvre accompagnées d'un peu d'expectoration muqueuse. L'examen de la poitrine révélait les phénomènes suivants : à la percussion, une diminution notable dans la sonorité dans toute l'étendue du côté droit; à l'auscultation, une faiblesse du bruit respiratoire dans tout le poumon du même côté, mais de plus à son sommet, et particulièrement au niveau de la région sus-claviculaire, *du souffle amphorique et des craquements*. Rien de semblable et de caractéristique n'existe du côté gauche. Enfin, aux renseignements déjà fournis la malade ajoutait le suivant, qui complétait le tableau symptomatique de l'affection dont elle était atteinte : c'est qu'il y a environ six ans, elle avait eu plusieurs hémoptysies, peu abondantes à la vérité, mais entièrement constituées par du sang pur.

Traitement : Huile de foie de morue, une cuillerée à bouche; trois pilules de cynoglosse, de 0gr,10; bouillons, potages.

15 janvier 1852. Légère amélioration marquée par le retour d'un peu de sommeil et l'intensité moindre de la fièvre (le pouls n'est plus qu'à 83) et de la diarrhée. Cependant la peau continue à être chaude et sèche; l'anorexie persiste ainsi que la toux : *des voix menaçantes se font encore entendre*. Pâte de lichen, le reste *ut suprà*.

24 janvier. Le calme revient, les hallucinations tendent à diminuer; les voix sont moins fortes, éparses, toujours constituées par des voix d'hommes. La figure est moins abattue; l'appétit renaît; le pouls est à 70; la toux a sensiblement diminué; le sommeil est assez bon; la diarrhée a complétement disparu; il y a encore une grande faiblesse générale. Deux cuillerées d'huile de foie de morue; une portion; le reste idem.

Le 12 février. Les hallucinations ont cessé; le sommeil est revenu, l'appétit est meilleur; la malade se lève, reprend des forces et commence à travailler à l'aiguille.

Le 1er avril 1852 elle sortait, sur sa demande, de l'hospice, entièrement débarrassée de ses hallucinations, parlant de ses frayeurs et de sa tristesse, ayant en un mot récupéré au moral son état normal, grâce à l'amélioration de sa santé physique.

Le second fait concerne la nommée Nebel (Madeleine), âgée de vingt-sept ans, domestique, pâle, amaigrie, d'une constitution nerveuse; réglée à quinze ans, elle l'a toujours été très-régulièrement. Elle raconte que sa mère a eu des attaques de nerfs dans sa jeunesse, et elle fournit des renseignements de nature à faire pré-

sumer qu'un de ses oncles maternels était atteint d'épilepsie. En 1846, elle a séjourné deux mois à l'hôpital de la Pitié pour une fièvre typhoïde dont elle a guéri. Elle tousse depuis longtemps, transpire abondamment la nuit et sent des douleurs aiguës traverser en quelque sorte sa poitrine, surtout lorsqu'elle est obligée par la nature et les exigences de son travail de tenir son corps penché en avant. Toutefois elle assure n'avoir jamais craché de sang. Elle dit s'être abstenue de tout excès et n'avoir pas eu à souffrir d'une alimentation mauvaise ou insuffisante. Elle ne s'est pas mariée, dit-elle, dans la crainte d'avoir un mari méchant. Ses maîtres montrent pour elle beaucoup d'attachement, *mais la maison qu'ils habitent est entourée de voisins qui la persécutent depuis une quinzaine de jours*. Lorsqu'elle sort dans la rue, ils l'accablent de leurs injures; ils la traitent de vieille fille, de voleuse, de sorcière, etc. Ils la menacent de coups de pieds; elle est tellement effrayée de ces menaces, qu'elle n'ose détourner la tête. Ils sont toujours trois ou quatre ainsi à sa poursuite, et c'est derrière elle et d'une certaine distance qu'ils profèrent leurs mille insultes. Le soir, en se couchant, elle les entend rire derrière les murs de sa chambre... Quelquefois ils parlent au-dessous d'elle et lui disent des choses qu'elle a honte de répéter... C'est seulement quand elle se déshabille qu'ils tiennent ces discours obscènes... Après quinze jours de tristesse, de craintes continuelles et d'insomnie, elle est envoyée à la Salpêtrière.

A son entrée, le 28 décembre 1851, sa figure est sombre, sa tête est baissée, et son attitude exprime la lypémanie la plus profonde. Elle raconte toutes les persécutions qu'elle a endurées dans ces derniers temps; elle est fatiguée de tant d'outrages immérités; en venant ici elle croyait éviter la poursuite de ses ennemis, mais elle les a entendus courir après la voiture qui l'amenait. Pourtant, il est probable qu'ils n'auront pu franchir la porte de l'hospice, car depuis qu'elle y est entrée, elle ne les entend plus.

Elle a de la céphalalgie, son sommeil est agité; elle a peu d'appétit et éprouve un sentiment de malaise général. La respiration est faible au sommet du poumon droit; à gauche et également au sommet on perçoit une matité notable et l'existence de craquements. Le pouls est faible et fréquent; un léger bruit de souffle se manifeste aux carotides; les règles se sont montrées il y a quinze jours.

Prescription : Huile de foie de morue, une cuillerée; une pilule de datura stramonium; deux portions.

Le 2 janvier 1852. La malade n'entend plus des voix distinctes, elle a seulement des bourdonnements dans les oreilles. Il n'y a plus

de céphalalgie, le sommeil est meilleur, l'appétit revient. Elle ne peut croire, néanmoins, qu'elle a été dupe de son imagination. Constipation. Lavement avec addition de 30 grammes d'huile de ricin; deux pilules de datura stramonium; bain peu prolongé; le reste *ut suprà*.

4 janvier. Plus de constipation : les voix n'ont pas reparu; les bourdonnements sont diminués; quatre pilules de stramonium.

Sous l'influence de ce traitement, on voit se produire une prompte amélioration. Les règles reparaissent abondantes et non douloureuses; les hallucinations disparaissent complétement, le sommeil est paisible : la malade reconnaît maintenant que ses tourments étaient chimériques et l'effet de sa maladie. Elle sortit, en cet état des plus satisfaisants, le 20 janvier 1852, promettant de continuer chez elle l'emploi de l'huile de foie de morue.

Il n'est pas douteux, relativement à la pathogénie du délire dans les deux cas qui précèdent, que le premier coup porté par l'affection pulmonaire à la santé physique n'ait déterminé les accidents nerveux et les erreurs du sens de l'ouïe. Cette détermination peut avoir lieu aux deux périodes extrêmes de la phthisie : souvent, en effet, ce n'est que dans la dernière phase de la maladie tuberculeuse que les phénomènes délirants éclatent, et quelquefois alors avec une extrême violence. Mais il est facile de comprendre que, dans ces circonstances, la considération de l'élément somatique, comme source des indications, a beaucoup moins d'importance que lorsque l'affection pulmonaire n'est encore qu'à son début et à ses premiers degrés : le malade est épuisé et ne donne plus prise, pour ainsi dire, à l'efficacité des agents thérapeutiques. Le délire lui-même n'est alors qu'une des expressions ultimes de la maladie, un des signes de sa terminaison prochaine et fatale.

Il n'en est plus ainsi lorsque, sous l'impulsion des manifestations initiales de l'affection tuberculeuse, éclate un délire, d'ailleurs très-variable, depuis les modifications et les bizarreries de caractère qui surviennent sans cause apparente jusqu'à ces délires systématisés que nous avons vus se produire chez nos deux malades. On conçoit combien il importe alors de rattacher exactement à sa source réelle la perturbation morale, tant pour ne pas s'égarer dans la voie du pronostic que pour saisir les véritables indications du traitement. Les deux cas qui précèdent ont, à ce double point de vue, une portée sur laquelle nous ne saurions trop insister. Dans l'un, il est vrai, le datura stramonium a été employé concurremment avec l'huile de foie de morue, et l'on peut avoir à se demander quelle part il faut

attribuer à cet agent dans le résultat obtenu. L'on sait qu'introduit dans la thérapeutique des hallucinations par M. le docteur Moreau (de Tours), ce médicament a paru tout d'abord doué d'une action favorable; cependant les résultats ultérieurs n'ont pas répondu aux espérances que les premiers essais avaient fait concevoir. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que, dans le cas dont il s'agit, l'action du datura pourrait, sans sortir des limites de ses applications, être interprétée dans le sens d'une influence exercée sur l'affection pulmonaire. Mais il n'est pas besoin d'une pareille subtilité; l'autre observation lève toute équivoque; ici l'huile de foie de morue a été seule employée, et seule elle revendique le bénéfice obtenu.

Quant à savoir si c'est aux modifications exercées sur la constitution du sang (anémie) par la phthisie tuberculeuse ou à l'influence directe de celle-ci qu'il faut attribuer la détermination du délire, c'est là, en vérité, une question secondaire et qui, dans l'espèce, importe peu; sans doute ces modifications du sang sont réelles et démontrées (Andral et Gavarret); elles suffisent, en dehors même de toute implication des organes respiratoires, pour donner lieu à des manifestations délirantes. Mais l'influence primitive des affections pulmonaires sur les déterminations du délire ne saurait non plus être mise en doute : on sait combien l'inflammation du tissu pulmonaire, par exemple, est propre à engendrer de semblables manifestations, et, dans ce cas encore, le mode de génération du délire est démontré par les effets du traitement ; qu'il nous suffise de rappeler les faits remarquables de disparition rapide de ces délires sympathiques sous l'influence de la médication contro-stimulante dans la pneumonie (Grisolle, *Union médicale*, 1848). *Naturam morborum curationes ostendunt*, pourvu que l'on ait bien saisi au préalable la nature des indications.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur l'hypertrophie des amygdales chez les enfants.

Par M. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Les amygdales hypertrophiées chez les enfants se rencontrent à tous les âges, depuis un an. Examinées anatomiquement, elles présentent des augmentations de volume et de consistance plus ou moins considérables. Quelquefois elles sont déformées, divisées en plusieurs lobes, elles sont très-apparentes et sortent de leur position normale,

soit pour faire saillie en dedans, soit pour descendre en bas dans le pharynx. Dautres fois, elles sont enfoncées entre les piliers du voile du palais et les élargissent de manière que les piliers antérieurs les couvrent, elles remontent en haut et elles compriment la trompe d'Eustache. Le tissu est le plus ordinairement ferme et consistant, quelquefois ramolli, et même se déchire facilement. Les vaisseaux de la substance des amygdales sont d'autant plus développés, que l'hypertrophie est plus ancienne. Elles sont parfois adhérentes; je n'en ai pas trouvé de dégénérées et de cancéreuses comme chez les adultes.

Cette maladie est bien plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. Il s'en présente plus d'une centaine par an au service de chirurgie de l'hôpital des enfants : il n'y a pas d'années où nous n'opérions quatre-vingts à quatre-vingt-dix enfants à l'hôpital, et quinze à vingt-cinq dans notre pratique en ville.

L'hypertrophie, caractérisée par l'augmentation permanente et non passagère des amygdales, ne reconnaît souvent pour cause que la constitution lymphatique; quelquefois cependant elle dépend de fréquentes angines.

Les symptômes de cette affection sont en général faciles à saisir. Le plus ordinairement les enfants ont presque constamment la bouche béante, ils ont la parole un peu embarrassée et nasillarde, quelquefois même un peu de surdité; dans le sommeil, ils ronflent plus ou moins, ils sont plus ou moins agités, dorment la bouche ouverte, et par suite la langue est sèche; quelques-uns ont la poitrine étroite, parce qu'ils dilatent mal leurs poumons.

Si l'on abaisse la langue, on constate chez quelques enfants que les amygdales se touchent sur la ligne médiane. Il y en a chez qui elles ne paraissent pas d'une manière aussi notable; elles sont cachées par les piliers du voile du palais, qui sont comme élargis devant elles, c'est ce que nous appelons *amygdales enchatonnées;* elles sont, en effet, tassées dans les fosses amygdaliennes et remontent plus ou moins en haut.

Tous ces enfants sont fréquemment atteints de maux de gorge, et sont extrêmement gênés lorsqu'ils sont pris d'angine.

Abandonnées à elles-mêmes, ces hypertrophies des amygdales vont assez souvent en diminuant avec le temps chez quelques enfants, surtout en combattant leur constitution lymphatique et surtout quand arrive l'âge de la puberté, vers douze ou quatorze ans, chez les jeunes filles et vers seize à dix-huit ans chez les garçons. Nous refusons souvent d'opérer à cet âge.

Après cette époque de la puberté, les amygdales peuvent rester stationnaires ou diminuer de volume, mais avant elles tendent à conserver un volume qui reste le même.

Diagnostic. — On peut, si on n'apporte pas d'attention, confondre quelquefois les abcès des amygdales avec l'hypertrophie. On a cru aussi, dans quelques cas, qu'il y avait augmentation de volume des amygdales, et ce n'était qu'une tumeur formée par un abcès rétropharyngien qui faisait saillir la paroi postérieure du pharynx, gênait la parole, poussait les amygdales en avant et donnait une voix nasillarde aux malades. Le développement plus ou moins rapide de cette dernière affection et l'examen attentif permettent de rectifier le diagnostic.

Pronostic. — L'hypertrophie des amygdales est d'autant plus grave, que l'individu affecté est plus jeune. En effet, plus l'arrière-gorge est étroite, et plus les amygdales s'opposent à l'entrée libre de l'air ; de plus, si une angine aiguë vient à augmenter le volume des amygdales, elles rétrécissent d'autant plus le passage. Aussi, plus les enfants sont jeunes, plus y a d'avantage pour les guérir. Ils offrent des difficultés pour opérer, mais j'ai plusieurs fois opéré des enfants de dix-huit mois à deux ans sans danger.

Si chez les très-jeunes sujets dont l'arrière-gorge est rétrécie, l'hypertrophie des amygdales n'est pas ordinairement de nature, après l'excision de ces glandes, à inquiéter par les hémorrhagies, il n'en est pas de même chez les individus de dix-huit à vingt ans ou plus. On a souvent à redouter de l'hémorrhagie chez eux, parce que l'hypertrophie étant plus ancienne, on rencontre dans les amygdales des vaisseaux plus développés. J'ai opéré plus de mille enfants et j'en compte à peine trois ayant eu des écoulements de sang pouvant m'inquiéter. Au contraire, j'ai opéré douze ou quinze adultes, et je dois dire qu'au moins quatre ou cinq m'ont donné de l'inquiétude, et que je n'ai pu arrêter chez eux l'hémorrhagie que par le fer rougi à blanc ou le perchlorure de fer.

Je pourrais donc dire, d'après mon expérience, que l'opération est d'autant plus utile, que les enfants sont plus jeunes, et d'autant plus grave, qu'ils sont plus âgés. Comme exécution, l'opération est plus difficile chez les jeunes enfants que chez les adultes. On peut dire cependant qu'on peut et qu'on doit même opérer les jeunes enfants, et alors il faut le faire par surprise, ce qui n'est pas possible chez les plus âgés.

Traitement. — Si, dans beaucoup de cas, on doit se décider promptement au traitement chirurgical, c'est-à-dire à l'excision, il

faut avouer que le chirurgien doit reconnaître que son intervention n'est pas toujours utile, et qu'il peut se contenter d'attendre dans certains cas, en comptant sur le temps, les efforts de la nature et quelquefois sur des moyens locaux qui peuvent rendre des services.

En effet, la modification de la constitution lymphatique par les iodures, les amers et les ferrugineux peuvent suffire. Quelques applications locales, telles que les astringents, l'alun, le nitrate d'argent, les applications de teinture d'iode, et les douches sulfureuses dans les mains de M. Lambron, à Luchon, ont donné de bons résultats, mais toujours avec de la patience et de la persévérance. Aussi l'excision sera-t-elle toujours le moyen auquel on devra donner la préférence pour débarrasser les enfants promptement et leur épargner des applications locales réitérées qui, chez eux, sont de véritables opérations qui les irritent et les disposent aux accidents convulsifs. J'ai perdu par des convulsions un enfant chez lequel, avant l'opération, on avait mis en usage, pendant plusieurs semaines, des applications réitérées de poudre d'alun et d'autres astringents, chaque application, pour lui, l'avait plus irrité que l'excision elle-même.

De l'excision des amygdales. — Nous laissons de côté la ligature, la cautérisation, pour ne parler que de la véritable excision aujourjourdhui mise en usage à l'aide de l'instrument tranchant, le bistouri ou les ciseaux, et à l'aide de l'amygdalotome. On ne doit se décider à cette opération que lorsque les sujets sont réellement gênés par la présence des amygdales. Il ne faut les opérer que lorsque, d'ailleurs, il sont en bon état de santé; il y aurait inconvénient à agir dans le cas où une angine pseudo-membraneuse commencerait à se développer sur les amygdales, car après l'excision des amygdales les plus saines, il se développe toujours une fausse membrane après l'opération. Il est utile de préparer ceux qui seraient sujets aux hémorrhagies par l'usage des astringonts et même par l'emploi à l'intérieur du perchlorure de fer pendant quelques jours, et de les faire se gargariser avec de l'eau et du jus de citron ; un bain de pieds sinapisé, la veille, et la diète, le matin, avant l'opération, sont nécessaires.

Il peut être avantageux de préparer les enfants en leur abaissant la langue un ou deux jours avant l'opération, afin de les habituer.

Pour la manœuvre opératoire, nous employons soit les pinces de Museux, les ciseaux courbés ou le bistouri boutonné, soit mieux encore l'instrument de Fanestock simple ou modifié.

Pour opérer soit avec l'un, soit avec l'autre de ces instruments,

nous avons complétement renoncé aux abaisse-langues, aux bouchons entre les dents, qui gênent la manœuvre. Nous attachons, dans tous les cas, beaucoup d'importance à faire tenir fortement les enfants ; sans cela on s'expose à ce qu'ils vous échappent et à commencer l'opération sans pouvoir la finir. L'aide doit tenir l'enfant entre ses jambes ; il doit, de la main gauche, tenir fortement la tête pressée sur sa poitrine et prendre les deux mains du patient dans sa main droite ; il doit bien se pénétrer de l'idée qu'il faut tenir vigoureusement l'enfant, quelque jeune qu'il soit ; on ne doit jamais compter sur le peu de force de l'enfant, il faut toujours se tenir disposé à lui opposer une certaine résistance.

Je ne décrirai pas l'opération à l'aide du bistouri, elle est indiquée partout ; je n'indique que la manœuvre avec l'amygdalotome simple ou modifié, qui me paraît indispensable pour les enfants.

L'opérateur, quel que soit l'instrument dont il se serve, fera bien d'avoir sous la main deux instruments, peu importe lesquels, que ce soit celui qui nécessite les deux mains ou une seule, ceux de M. Charrière ou ceux de M. Mathieu ; l'important, selon nous, est de se servir de celui dont on a le plus l'habitude, dont on connaît très-bien le mécanisme, et surtout d'employer un instrument dont la fenêtre présente le diamètre le plus grand dans le sens vertical, car l'amygdale est plus étendue de haut en bas que transversalement ou d'avant en arrière. Il est aussi important de se servir d'un instrument proportionné à l'âge de l'enfant, un instrument plus petit convient mieux qu'un instrument trop grand. J'ai fait faire un instrument dont la fenêtre est un peu plus ovale et plus petite, qu'on peut engager derrière le pilier du voile du palais, et qui me permet d'engager plus facilement les amygdales enchatonnées.

Lorsqu'on a deux instruments, c'est afin d'enlever les amygdales l'une après l'autre sans perdre de temps à débarrasser le premier de l'amygdale. Cela pourrait servir à suivre le procédé de mon collègue, M. Chassaignac, qui consiste à placer d'abord un instrument sur chaque amygdale et à ne les faire agir que l'un après l'autre. Ce procédé, qui nécessite un aide de plus, a l'avantage de permettre de placer peut-être mieux les instruments, parce que, pour la seconde amygdale, l'écoulement du sang de la première rend l'application de l'instrument plus difficile.

Quoi qu'il en soit, pour se servir de cet instrument, il faut diviser l'opération en quatre temps : 1° abaisser la langue ; 2° engager l'amygdale dans l'anneau ; 3° piquer l'amygdale et l'entraîner en dedans ; 4° faire agir l'anneau tranchant.

Il est bon d'être ambidextre ; l'opérateur sera devant l'opéré, qui a la face tournée vers le jour, il placera l'instrument de la main gauche sur l'amygdale droite et de la main droite sur l'amygdale gauche.

D'abord abaisser la langue en portant à plat l'anneau sur la base de la langue, puis en tournant l'anneau, soit à droite, soit à gauche, suivant l'amygdale qu'on doit enlever, engager la glande dans l'anneau. Ce n'est qu'après ce temps qu'il faut pousser la petite fourche pour piquer l'amygdale et l'entraîner en dedans, en faisant basculer plus ou moins la fourche ; enfin, après ce troisième temps, on doit tirer la partie tranchante de l'anneau pour exciser l'amygdale.

Aussitôt une amygdale enlevée, on doit prendre l'autre instrument qu'on a sous la main, et procéder à l'excision de la seconde, sans cesser de faire bien tenir l'enfant.

Lorsqu'on a peu l'habitude de cette opération, on peut ne saisir que fort peu de l'amygdale et seulement l'ébarber. Cela dépend de ce que l'on a trop peu engagé l'anneau, ou de ce qu'on a trop peu appuyé sur l'extrémité de la fourche, et qu'on ne l'a pas assez fait basculer. Cet ébarbement suffit quelquefois, mais cependant il ne faut pas trop s'y fier ; il vaut mieux reporter hardiment l'instrument et saisir ce qui reste.

On peut quelquefois contondre le pilier du voile du palais, et même un peu le voile du palais lui-même ; c'est un accident insignifiant. Quelquefois l'amygdale excisée peut échapper de la fourche, et être avalée par le malade ; il n'y a rien là d'inquiétant. En examinant attentivement le mécanisme de l'instrument, on n'a nullement à redouter la section du voile du palais, la section de la langue et la lésion de l'artère carotide qui longe le pharynx, à l'endroit où repose l'amygdale.

On peut reconnaître que dans la manœuvre l'anneau, qui est mousse, presse en dehors, repousse dans cette direction le pharynx, et éloigne ainsi l'artère, tandis que la fourche attire l'amygdale en dedans. Elle peut ainsi être excisée et même énucléée, sans crainte d'aller toucher l'artère ; très-souvent nous énucléons l'amygdale.

Nous devons dire pourtant que cette manière d'agir ne met pas plus à l'abri des hémorrhagies que l'ancienne méthode à l'aide des pinces et du bistouri. Si, avec l'amygdalotome, on est à l'abri de la lésion de la carotide, on peut avoir des hémorrhagies par l'ouverture des vaisseaux qui rampent dans le tissu de l'amygdale.

Cet accident est très-rare chez les enfants, et s'observe surtout

chez les adultes, chez lesquels l'hypertrophie des amygdales est plus ancienne.

Les hémorrhagies s'observent à deux époques, ou bien immédiatement après l'opération, ou bien consécutivement quatre ou cinq jours après.

Dans le premier cas, l'eau fraîche acidulée de jus de citron ou de vinaigre suffit le plus ordinairement. Un pinceau trempé dans du jus de citron, mêlé avec de l'alun, peut être porté sur la partie où le sang coule. Mais le moyen le plus certain est l'emploi d'un petit cautère nummulaire rougi à blanc; on peut se contenter, et je ne fais pas autre chose aujourd'hui, de porter sur l'amygdale un petit tampon d'amadou imbibé de perchlorure de fer, mêlé à un tiers d'eau, et qu'on tient un instant sur la surface de la plaie de l'amygdale. On peut joindre à cela l'usage d'un collier de caoutchouc vulcanisé, qu'on applique en forme de mentonnière, et qui contient de la glace pilée. Ces colliers se trouvent chez Galante, place Dauphine. Ce moyen d'appliquer ainsi la glace peut être employé même avant d'avoir recours au perchlorure; il m'a réussi plusieurs fois, et je crois qu'il faut commencer à l'employer, et y joindre ensuite l'usage des boissons acidulées et glacées. Dans le second cas, celui d'hémorrhagie consécutive quelques jours après l'opération, la glace, les boissons acides et le repos suffisent.

Soins consécutifs à l'opération. — Il y a dans tous les cas écoulement de sang plus ou moins considérable. Ordinairement, après avoir craché pendant quelques instants, et après avoir fait rincer la bouche et gargariser, l'écoulement cesse. Il faut ne pas oublier que les enfants très-jeunes ne crachent pas toujours, et alors ils avalent le sang : dans ce cas il arrive souvent qu'ils vomissent un peu après le sang avalé, quelquefois le vomissement n'a pas lieu, le sang passe dans les intestins, et la première garde-robe contient des caillots. Il est important de prévenir les parents que cela peut arriver, afin d'éviter qu'ils ne s'effrayent sans raison. Il est très-utile de ne rien appliquer de chaud autour du col. Si l'écoulement est peu considérable chez les enfants, il suffit qu'ils respirent un air frais, et qu'ils ne crient pas. Il est très-utile de donner des boissons fraîches et acides, limonades, orangeades, eau et sirop de cerises, même un sorbet à l'orange ou au citron; il est avantageux aussi que les enfants puissent se gargariser. Pour nourriture, il est utile le premier jour de ne donner que du lait froid ou du bouillon froid. Il faut, le lendemain et les jours suivants, augmenter graduellement la nourriture et donner des aliments faciles à avaler. Il faut que les enfants

ne parlent que fort peu les premiers jours, et même pendant une semaine.

Il ne faut pas oublier que toujours on a observé sur les plaies produites par l'opération des fausses membranes qui n'ont pas le caractère des membranes diphthéritiques. Ces fausses membranes, qui ne tombent que vers le quatrième ou cinquième jour, donnent un peu d'écoulement de sang, qui est plus considérable si les enfants, par des cris, des chants ou toute autre cause, les font tomber trop tôt. Ces hémorrhagies consécutives s'arrêtent très-bien par les acides et les applications froides; mais il faut surtout du calme de la part des opérés, éviter qu'ils ne parlent. On ne saurait trop surveiller ces fausses membranes, et faciliter quelquefois leur chute en les touchant avec du jus de citron.

Nous avons vu, rarement il est vrai, survenir une diphthérite et même un croup : cela dépend de ce que les sujets étaient disposés à cette maladie, ou qu'ils étaient opérés dans un temps d'épidémie.

Dans ce cas, il faut se hâter de traiter la diphthérite générale et quelquefois même, s'il y a croup, en venir à la trachéotomie.

Les résultats définitifs des excisions des amygdales sont souvent très-remarquables. Des enfants sourds entendent quelquefois après l'opération, ceux qui parlaient mal prononcent souvent beaucoup mieux; ceux qui chantaient gagnent aussi sous le rapport de la netteté de la voix (on doit dire cependant que si quelques artistes adultes chanteurs ont gagné, il y en a qui ont perdu); enfin, et c'est un des plus grands avantages, ceux qui avaient la poitrine rétrécie respirent mieux; les côtes, de déprimées qu'elles étaient, reviennent souvent à l'état normal, et la poitrine prend de l'ampleur. Ce dernier résultat retentit nécessairement sur toute l'économie.

Recherches pratiques sur les hémorrhagies post-puerpérales tardives [1].

Par M. le docteur Lizé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Mans.

II. *Hémorrhagies post-puerpérales tardives déterminées par la congestion de l'utérus.* — On a vu plus haut que les hémorrhagies post-puerpérales tardives pouvaient dépendre d'une congestion prononcée de la matrice; c'est une vérité consacrée par l'expérience. A une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, une con-

---

[1] Suite et fin, voir le numéro du 29 février, p. 155.

gestion se produit aisément dans l'utérus, parce que cet organe reste longtemps encore le siége d'une vascularisation puissante. En effet, dit M. Richet, lorsque l'utérus, délivré du produit de la conception, revient sur lui-même, ses veines, considérablement dilatées pendant la grossesse, reprennent à peu près leurs proportions primitives, mais avec une tendance marquée, chez beaucoup de femmes, à se laisser dilater à chaque époque menstruelle. Cette dernière condition anatomique explique pourquoi un certain nombre de malades, *même longtemps après leur dernière couche,* accusent des pesanteurs gravatives et même de véritables douleurs à l'approche des règles. Lorsque la congestion utérine est causée par un obstacle physique au cours du sang, *c'est une congestion passive ou stase;* lorsqu'elle est l'effet d'une cause organique et vitale, qui fait affluer le sang en notable quantité vers la matrice, *c'est une congestion active ou hyperémie.* Quand les vaisseaux utérins éprouvent une distension extrême, quand la pléthore locale dépasse les limites physiologiques, il en résulte une hémorrhagie plus ou moins sérieuse.

Les congestions utérines qui s'observent après l'accouchement peuvent être le plus souvent rattachées à des causes *locales ou générales* faciles à discerner, quoique, dit M. Cazeaux, dans certains cas, rien ne puisse les expliquer.

Parmi les causes locales, il faut mettre au premier rang la présence de caillots sanguins, de débris de placenta, de polypes, d'hydatides, dans la cavité de la matrice. Ces corps étrangers jouent le rôle d'un stimulus qui entretient sans cesse vers l'organe gestateur une hyperémie congestive, en y faisant affluer une notable quantité de sang artériel. On doit tenir compte aussi des tumeurs plus ou moins volumineuses et compressives qui peuvent exister dans l'abdomen. Ces tumeurs formées par des exostoses, des cancers, des hypertrophies de la rate ou du foie, par le développement d'un ovaire, l'accumulation de matières fécales dans le gros intestin, etc., compriment l'utérus et l'empêchent de se décharger par la circulation de retour; de là une congestion passive de cet organe et finalement une perte. C'est par le même mécanisme que peuvent agir les corsets employés trop tôt après l'accouchement; c'est de la même manière qu'ils peuvent occasionner une congestion utérine qui va jusqu'à l'hémorrhagie.

Il est rationnel de faire rentrer dans la même catégorie de causes l'ovarite et le phlegmon du ligament large qui, en congestionnant fortement le système utéro-ovarien, déterminent des ruptures successives sur la muqueuse utérine et consécutivement des pertes répétées.

Enfin le coït, les coups ou les chutes sur le ventre, l'abus des injections vaginales comme moyen hygiénique ou thérapeutique, les bains de siége trop chauds, en un mot toutes les manœuvres qui ont pour action principale de congestionner la matrice, appartiennent à l'ordre des causes susénoncées. Il existe d'autres causes, dont l'effet est d'imprimer à la circulation générale une modification qui se fait bien vite sentir sur l'utérus prédisposé. Les émotions morales, telles que la frayeur, la douleur, la joie même, quand elles sont vivement perçues, peuvent devenir le point de départ de congestions utérines hémorrhagiques. Tout ce qui éveille chez la femme nouvellement accouchée des pensées ou des désirs voluptueux conduit à un résultat identique. Il suffit de rappeler la relation si manifeste qui existe entre l'encéphale et les organes génitaux pour faire comprendre qu'il doit en être ainsi dans certaines circonstances, surtout quand le tempérament y prédispose.

Le molimen cataménial livre aux atteintes d'une hypérémie congestive l'utérus, dont la vitalité vient d'être si fortement mise en jeu pendant la grossesse. L'usage intempestif de substances qui agissent comme stimulants généraux exerce sur tous les appareils organiques une activité dont le contre-coup retentit vivement sur la matrice déjà fluxionnée. Ainsi peuvent agir les infusions concentrées de café, les abus alcooliques, etc. C'est en congestionnant tous les vaisseaux abdominaux, et notamment le système vasculaire de l'utérus, que les purgatifs, et surtout les drastiques, peuvent devenir la cause déterminante d'une hémorrhagie post-puerpérale.

Les professions qui assujettissent le corps à la position verticale ou à la position assise, les promenades prolongées, les excès de fatigue, constituent autant de conditions qui amènent sûrement les stases sanguines dans les organes splanchniques. Enfin, il m'a été donné de reconnaître que l'état fébrile, soit qu'il tienne à une pyrexie, soit qu'il tienne à une phlegmasie, peut élever la pléthore utérine jusqu'à la forme hémorrhagique. Les recueils périodiques apprennent aussi que la succion du mamelon pendant l'allaitement est une cause très-manifeste d'hémorrhagie post-puerpérale; j'en relaterai quelques exemples remarquables. Comme couronnement de cette question étiologique, il est bon de ne pas oublier la grande influence des tempéraments qui prédisposent à la fluxion utérine, dans une mesure inégale sans doute, mais au moins très-réelle. Assurément, chacun comprendra jusqu'à quel degré une constitution sanguine ou nerveuse participe à la production des congestions utérines hémorrhagiques.

L'hémorrhagie par congestion utérine donne lieu aux symptômes suivants : chaleur, douleur, pesanteur dans les reins et les lombes, sentiment de distension dans le bassin, et battements dans la région recto-vaginale. L'écoulement du sang se fait tantôt par flots rapides, tantôt modérément, avec des rémissions ou même des intermissions ; tantôt il a lieu pour ainsi dire goutte à goutte, c'est le *stillicidium uteri* qui ordinairement se prolonge. Le sang peut être retenu dans la cavité distendue de la matrice ou dans le vagin bouché par un caillot. Si l'hémorrhagie est foudroyante, il en résulte de la pâleur, de la faiblesse, des convulsions et la mort; si elle est seulement abondante et prolongée, la patiente éprouve un affaiblissement graduel, des palpitations, de la dyspnée, des accidents nerveux, tels que l'hystérie, les névralgies faciale et temporale, des troubles digestifs variés, etc. Quand une perte post-puerpérale tardive est entretenue par une congestion active ou passive de la matrice, l'indication pressante est de la réprimer avec tout le cortége des moyens employés contre les hémorrhagies ; puis, une fois que l'écoulement sanguin est suspendu, il est nécessaire de prévenir son retour en attaquant radicalement la cause qui produit l'engorgement de l'organe utérin. Comme le traitement applicable aux hémorrhagies dont il s'agit varie avec la cause qui entretient la congestion utérine, il vaut mieux indiquer sa nature et faire ressortir son opportunité dans la relation des faits spéciaux. Il est temps d'aborder l'histoire de certaines hémorrhagies tardives dues à quelques-unes des causes qui viennent d'être indiquées.

Hémorrhagies post-puerpérales tardives dues à la rétention de caillots sanguins dans l'utérus. — Il arrive parfois que la matrice, fatiguée des efforts qu'elle a développés durant le travail, peut difficilement chasser les caillots sanguins qui s'accumulent dans la cavité après l'accouchement. Un caillot est expulsé à grands frais, puis un autre se reforme et séjourne plus ou moins longtemps au sein de l'organe dont la contractilité est épuisée. Mais au bout de la première journée, tout au moins de la seconde ou de la troisième, on ne tarde pas à voir le caillot expulsé. Toutefois, il est bon de savoir que les choses ne se comportent pas toujours de cette façon, puisqu'il peut arriver qu'un caillot sanguin reste fort longtemps dans la cavité utérine, et qu'après avoir congestionné l'organe au plus haut degré, il soit un jour chassé au dehors en produisant une hémorrhagie sérieuse. La possibilité d'une semblable éventualité sera péremptoirement démontrée par les faits qui vont suivre.

L'extraction des caillots est le moyen décisif pour arrêter l'hé-

morrhagie et ses suites fâcheuses; mais il n'est pas toujours facile de pénétrer dans la cavité de la matrice longtemps après la délivrance, l'orifice interne étant fortement rétracté. C'est alors que les agents excitateurs de la contractilité utérine sont indiqués; l'administration du seigle ergoté triomphe souvent de l'obstacle, et l'emploi de la digitale a obtenu le même succès entre les mains de MM. Wieland et Delpech.

Obs. VI. *Hémorrhagie après un accouchement double; récidive mortelle au huitième jour des couches.* — « La nommée Emp., femme faible et lymphatique, enceinte pour la première fois et à terme, arriva à la salle des accouchements le 22 janvier 1817, à huit heures du soir, éprouvant les premières douleurs de l'enfantement; ces douleurs furent très-faibles jusqu'au lendemain, et la partie présentée par le fœtus étant fort élevée dans le bassin, quoique la dilatation fût complète, je me décidai à ouvrir les membranes à trois heures après-midi; je reconnus alors la présence des fesses dans la première position. Le travail marcha alors rapidement, et à cinq heures l'accouchement était terminé. On s'aperçut alors qu'un second enfant s'avançait, présentant la tête dans la première position; il fut bientôt expulsé, et un placenta bilobé le suivit de près. Immédiatement après cette opération naturelle survint une hémorrhagie assez considérable pour occasionner, pendant cinq heures de suite, de fréquentes syncopes, quoique le sang se fût arrêté et que l'inertie utérine se fût dissipée par l'emploi des injections d'eau froide. Les premiers jours des couches se passèrent fort bien, *mais le huitième jour,* la malade se leva et un peu de sang reparut; il continua de couler, quoique la femme fût remise au lit; deux caillots fétides furent aussi évacués. »

Les linges froids et humides, les injections d'eau froide arrêtèrent encore cette hémorrhagie; mais au dire de Mme Lachapelle, une réaction funeste survint, et la malade expira le 31 janvier, à trois heures du matin.

La première hémorrhagie fut évidemment due à la torpeur de l'utérus énormément distendu par l'existence de deux enfants. Mais le retour de la perte sanguine, au huitième jour des couches, ne peut être attribué, suivant Mme Lachapelle, qu'à la présence de deux caillots peu volumineux et dont la fétidité prouvait l'ancienneté. A cette dernière époque, la matrice était revenue sur elle-même puisque, dit l'illustre sage-femme, les premiers jours des couches se passèrent bien; mais à cause de son inertie primitive, elle n'avait pu d'abord se débarrasser complétement de tous les caillots san-

guins; deux avaient séjourné dans la cavité où, jouant le rôle de corps étranger, ils avaient congestionné l'utérus au point de susciter une perte.

Obs. VII. *Accouchement naturel. — Métrorrhagie le dix-septième jour après les couches. — Circonstances remarquables.* — Femme Carling qui, à *son dix-septième jour de couches,* a fourni l'exemple le plus rare d'une hémorrhagie utérine foudroyante. Quelques gouttes de sang avaient été aperçues la nuit. Le repos fut gardé; le matin, le sang coula plus abondamment; on fit pénétrer de l'air frais dans la salle; elle ne fut couverte que par un drap de lit. Des boissons froides furent administrées. L'hémorrhagie continuant, je pris le parti d'aller chercher le caillot qui devait provoquer cet accident. L'orifice utérin était bien un peu entr'ouvert, mais le caillot me paraissant adhérent, il me fut impossible de l'extraire. *Au dix-septième jour des couches,* la femme étant déjà très-affaiblie par l'hémorrhagie, après lui avoir fait faire inutilement des applications froides sur le ventre et les cuisses, je crus pouvoir sans danger appliquer le tampon, dans l'intention surtout d'exciter les contractions utérines et de dilater l'orifice. Une heure après, le bas-fond de l'utérus était au niveau de l'ombilic. Je me hâtai d'enlever le tampon. Des caillots furent extraits, mais l'utérus ne put être complétement vidé. L'hémorrhagie continuant, je fis appliquer de la glace sur le ventre, dans le vagin; j'administrai une potion avec le ratanhia et l'alcool sulfurique. A six heures du soir, l'hémorrhagie cessa après que l'on fut parvenu à introduire trois doigts dans l'utérus et à en extraire les caillots. Le lendemain, elle rend toujours du sang, mais en petite quantité. Le second jour après l'accident, *elle a rendu un gros caillot* et l'hémorrhagie a tout à fait cessé depuis. Elle a été soumise à un régime léger et restaurant, et est sortie un peu pâle, le 15 octobre, trente-deux jours après ses couches.

Obs. VIII. Mme P***, d'une forte constitution, vingt-huit ans, accouche de son deuxième enfant, le 8 septembre 1850. Le placenta est extrait tout entier et les suites de couches ne sont traversées par aucun accident. *Cinq semaines après* cette couche, je suis appelé près de Mme P*** pour une perte très-abondante qui s'arrête d'elle-même à mon arrivée. Cette jeune femme venait d'expulser par le vagin un corps étranger du volume d'un œuf de pigeon, ayant la forme d'un cœur et de nature fibrineuse.

Ce corps aura été sans doute le résultat d'une transformation des caillots sanguins abandonnés dans la cavité de l'utérus.

Hémorrhagies post-puerpérales tardives dues à la rétention d'une partie ou de la totalité du placenta dans l'utérus. — Le placenta retenu dans la matrice, en totalité ou en partie, peut bien ne pas donner lieu de suite à une hémorrhagie, quand il est comprimé de tous côtés par l'organe revenu sur lui-même. Dans cette circonstance, si le délivre séjourne un certain temps au sein de l'utérus, je pense avec Oldham et Cazeaux, qu'il y joue le rôle de corps étranger, et qu'en irritant, congestionnant de plus en plus cet organe, il finit, à un moment donné, par amener une perte grave, ou bien devient une cause d'hémorrhagies successives fort inquiétantes.

La prudence alors exige de faire quelques tentatives d'extraction pour mettre fin à l'écoulement sanguin. Plusieurs jours après l'accouchement les adhérences sont relâchées, souvent même détruites, et la délivrance peut s'effectuer sans grande difficulté. Cependant, si l'adhérence est trop intime, il vaut mieux abandonner l'arrière-faix aux efforts de la nature, précepte sage et conseillé par Mauriceau, Smellie, Baudelocque, Levret, Gardien, Désormeaux et la plupart des accoucheurs modernes. Lorsqu'une perte sanguine se renouvelle, le seigle ergoté, le tampon seul ou imprégné de perchlorure de fer, les lavements opiacés, les réfrigérants, les manuluves, les ventouses sèches sur la poitrine, les boissons acidules, la compression aortique, le repos absolu, etc., enfin tous les hémostatiques doivent être employés, suivant l'indication à remplir et selon la sagacité de l'accoucheur. Il est nécessaire de gagner du temps en arrêtant une hémorrhagie sérieuse, puis il arrive un moment où l'expulsion des secondines a lieu seule ou sous l'action d'une main exercée.

Il existe dans les auteurs une foule d'exemples d'hémorrhagies dues à la rétention du placenta, mais je veux faire un choix et ne mentionner que les pertes qui arrivent un certain temps après la couche et qui ne sont pas produites par un défaut de rétraction de l'organe, mais bien par une congestion poussée à l'extrême.

Obs. IX. Une femme, qui avait eu cinq couches heureuses, à la suite desquelles l'arrière-faix avait été expulsé naturellement ou avait été extrait, accouche pour la sixième fois. La délivrance tardant à se faire, et la sage-femme se refusant à l'opérer, on fit venir le médecin de la maison qui traita la chose à la légère et dit qu'il fallait laisser agir la nature. *Quatre jours après l'accouchement* survinrent de légères hémorrhagies qui résistèrent aux moyens ordinaires. On fit venir un second médecin, qui se rangea de l'avis

du premier. L'écoulement sanguin devenant plus abondant, un troisième médecin fut appelé, mais il était trop tard. Au moment où ce dernier allait procéder à l'extraction du placenta, la malheureuse victime lui resta entre les mains. Le placenta était détaché, mais la matrice était fortement distendue par des caillots sanguins.

Obs. X. Une jeune femme robuste accouche avec facilité d'un enfant bien portant. L'arrière-faix resta dans l'utérus, sans que la sage-femme songeât à s'en occuper. *Le troisième jour survint une hémorrhagie tellement violente*, qu'au bout de quelques minutes l'accouchée était sur le point d'expirer. Une injection d'eau froide pratiquée par le cordon détermina presque instantanément le détachement de l'arrière-faix, et une solution concentrée de muriate de fer en injection arrêta promptement l'hémorrhagie.

Obs. XI. Une femme, déjà mère de six enfants, trente-huit ans, accouche heureusement de deux jumeaux qui ne vécurent pas. Cette femme, qui se rétablissait toujours très-vite, ne put cette fois se lever que le dixième jour. *Le douzième jour après l'accouchement, elle eut une perte*, qui céda au repos et à des applications froides ; mais l'hémorrhagie reparut plus intense les jours suivants, et le dix-neuvième jour seulement, elle réclama les soins de M. Godefroy (de Rennes). Il trouva la malade affaiblie et inquiète, comme à la suite de toutes les hémorrhagies ; le sang continuait de couler, malgré un tampon de linge qui comprimait les parties génitales externes. Le col était assez ouvert, la cavité de l'utérus était développée comme à trois mois de grossesse et contenait quelques caillots. A sa partie antérieure et latérale gauche existait une tumeur assez dure, du volume d'un œuf de poule, que M. Godefroy reconnut pour une portion de placenta restée adhérente. Mais il ne put l'extraire immédiatement, à cause du peu d'espace qu'il avait pour manœuvrer. De plus, le col agacé s'était resserré. Cependant le sang coulait en assez grande abondance. Il tamponna et prescrivit une potion avec 6 grammes d'ergot, la limonade sulfurique et le drap seulement pour couverture. Le lendemain le tampon fut enlevé, la perte avait cessé. Il commença à nourrir la malade le troisième jour ; il fit faire une injection d'une décoction de graine de lin ; le quatrième jour la perte se renouvela très-abondamment, mais cette fois M. Godefroy put introduire deux doigts dans l'utérus et détacher la tumeur en la repoussant en haut, puis l'extraire. C'était une petite portion du placenta indurée.

Obs. XII. Une femme de trente-neuf ans, d'une santé détériorée par douze grossesses antérieures, était accouchée spontanément depuis

dix jours, quand M. Godefroy fut appelé près d'elle. Depuis lors, cette femme avait eu souvent des pertes sanguines. L'écoulement originel, formé de sang pur, était inodore : le globe utérin était dur, peu sensible et un peu plus développé qu'il ne l'est d'ordinaire à cette époque de l'accouchement. La femme était pâle, bouffie, froide, avait des éblouissements, des tintements d'oreille, des demi-syncopes, etc. M. Godefroy, ayant appris que la délivrance avait paru à la sage-femme plus difficile que de coutume, pensa qu'il était resté une portion de placenta dans l'utérus. Couchant la malade, il trouva le col largement ouvert, pénétra jusqu'au fond de l'utérus, où il rencontra une portion du placenta qui était restée adhérente ; il la saisit à pleine main, et quelques mouvements de torsion la détachèrent. La malade se rétablit sous l'influence d'un traitement approprié.

Obs. XIII. Une femme de la campagne, trente ans, et mère de deux enfants, est accouchée depuis trois mois. Depuis cette époque, elle a fréquemment des pertes. Le docteur Dazio-Olivi, assisté du professeur Malagodi, trouve au toucher que l'utérus était un peu dur et résistant, comme s'il y avait eu au-dedans de lui un corps étranger. Il apprit alors que l'accoucheuse, n'ayant pu délivrer la femme, avait abandonné l'expulsion du placenta aux seuls efforts de la nature. Comme il n'était pas possible d introduire la main, on prescrivit l'ergot, et bientôt la matrice fut prise de fortes contractions, qui expulsèrent le placenta. C'était une masse charnue, compacte, rougeâtre et présentant la forme de la cavité utérine. La malade se rétablit vite.

Prost a communiqué à la Société de médecine de Paris (19 mai 1826) deux observations intéressantes, dont voici la relation :

Obs. XIV. Une femme a une fausse couche à quatre mois ; le fœtus est seul expulsé, et le *placenta n'est chassé que huit mois après*. Le délivre ayant conservé son mode d'union avec l'utérus, avait augmenté de volume et était devenu la base d'une môle. Quand il fut expulsé, la malade fut prise de douleurs comme pour l'accouchement. Elle avait, *depuis plus de quinze jours,* une hémorrhagie assez grave, qui augmenta beaucoup à cette époque. Elle se rétablit fort bien du reste.

Obs. XV. Une femme a une fausse couche à cinq mois, le fœtus est seul chassé ; le placenta sort cent trois jours après. Depuis cet accident, la patiente avait toujours perdu un peu en rouge, et très-abondamment quand elle se livrait à des travaux pénibles. Un jour, une perte extrêmement abondante survient, et l'arrière-faix est

expulsé : tout rentre dans l'ordre, et la convalescence est heureuse.

Obs. XVI. Une femme accouchée *depuis un mois* n'avait cessé de perdre du sang par les parties génitales. Un jour, la matrice semblait plus développée que de coutume, et le doigt, introduit dans son col béant, rencontrait un corps mobile du volume d'une noisette. M. Piorry diagnostiqua un polype utérin, une portion de placenta ou des caillots sanguins organisés. Vingt-quatre grains de seigle ergoté furent prescrits en deux doses; on recommença le lendemain et les jours suivants. Bientôt il survint des coliques vives, et enfin il sortit plusieurs caillots sanguins organisés, qui probablement étaient des portions de placenta.

Obs. XVII. *Un mois après une fausse couche,* une femme est prise d'une hémorrhagie tellement grave, que la mort semble inévitable. M. Velpeau touche cette femme et retire un lambeau de membrane caduque et un fragment de placenta; la perte cesse aussitôt.

Obs. XVIII. Pendant l'année scolaire de 1837-1838, une femme accouche à la Maternité de Marseille, et *le sixième jour qui suit son accouchement* elle est prise d'une hémorrhagie qui cesse aussitôt après l'extraction d'un cotylédon tout à fait indépendant du placenta, préalablement expulsé tout entier.

Ce fait, qui n'est pas très-commun, s'explique par une disposition anatomique importante à connaître au point de vue de la délivrance et des suites de couches. Les cotylédons étant séparés au lieu d'être réunis, comme dans la pièce que je présentai le 24 août 1859 à la Société de chirurgie, l'un des deux peut rester dans l'utérus, les membranes une fois rompues; puis, dit M. Depaul, le lendemain de l'accouchement, quelquefois seulement le sixième jour, ainsi qu'il arrive ici, une hémorrhagie survient et s'arrête dès que l'accouchée a expulsé le cotylédon restant.

Obs. XIX. Une femme, déjà mère de quatre enfants, est prise tout à coup d'hémorrhagie et avorte sur une meule de foin; elle se met au lit, et la perte continue. Un médecin appelé ne peut se procurer le fœtus; il fait une saignée, puis couvre l'abdomen et les cuisses de compresses trempées dans l'eau et le vinaigre. La perte s'arrête. *Quinze jours après,* il n'y avait qu'un suintement sanguinolent, lorsque la perte se renouvelle avec violence et persiste pendant plusieurs jours. Le médecin pratiqua le toucher, le col permettait l'introduction du doigt, et l'utérus se contractait avec force. Embrocations froides; *quinze jours de calme, puis nouvelle métrorrhagie*

beaucoup plus forte. La malade allait succomber, quand on retira *six portions de placenta ;* la perte s'arrêta promptement.

Ces causes sont loin d'être les seules qui puissent provoquer une hémorrhagie puerpérale tardive ; nous nous proposons, dans un prochain travail, de compléter notre étude.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveaux procédés de préparation du sirop, des pilules et de la solution d'iodure de fer.

Le sirop et les pilules d'iodure ferreux sont deux médicaments d'un emploi journalier. Améliorer, faciliter leur préparation a été l'objet de nombreux essais. Aucun ne nous semble avoir atteint le but.

La solution officinale de Dupasquier sert encore de base au sirop et aux pilules, malgré tout ce qu'on a fait pour la remplacer. Toutefois on convient, avec un accord unanime, que c'est une préparation assez longue à faire, difficile à conserver intacte et beaucoup trop diluée pour être mêlée à un sirop et surtout à une masse pilulaire. Elle se periodure avec une déplorable facilité.

Décrire tous les inconvénients qui accompagnent la manipulation du soluté de Dupasquier serait le fait d'une érudition aussi facile pour nous que fastidieuse pour nos lecteurs. Aussi, sans autre préambule, nous proposons de substituer à son emploi les procédés suivants :

Sirop d'iodure ferreux.

Pr. Sirop de gomme..................	220 grammes.
— de fleurs d'oranger..........	80 grammes.
Protosulfate de fer pur cristallisé....	1gr,700
Iodure de potassium...............	2 ,110

Triturez les deux sels ; ajoutez une petite quantité de sirop froid. La réaction entre les deux sels a lieu immédiatement. L'iodure de fer se révèle par la couleur caractéristique que prend la solution. Le sulfate de potasse, à cause de sa médiocre solubilité, se précipiterait si l'on n'ajoutait de suite le reste du sirop. Cette addition faite, on a un sirop limpide, qui, pour l'aspect, se confond avec le sirop de gomme et dont la saveur ne devient ferrugineuse qu'à son arrière-goût. Mais cet arrière-goût lui-même n'a rien de désagréable.

La présence de 2 grammes de sulfate de potasse dans 300 grammes de sirop est d'une si faible considération, que nous n'avons

pas jugé à propos de l'éliminer, ce qui serait facile, en dissolvant les deux sels mélangés dans 10 grammes d'eau distillée. Le sulfate de potasse se précipite alors sur-le-champ.

Chaque 30 grammes de ce sirop contient 20 centigrammes d'iodure ferreux, comme celui du Codex.

Pilules d'iodure ferreux.

Pr. Iodure de potassium.....................	2gr,110
Sulfate ferreux pur cristallisé.............	1 ,700
Miel et poudre de guimauve...............	Q. S.

Pour vingt pilules de 20 centigrammes. Chaque pilule contient 10 centigrammes d'iodure de fer.

Ce *modus* est très-rapide. La masse acquiert en quelques minutes une convenable plasticité. On peut les *argenter* ou les *enrober de résine* à volonté.

La réaction des deux sels a lieu dans l'estomac, au premier contact des liquides du tube digestif. L'iodure ferreux entre en action à l'état naissant.

Nous recommandons ces deux procédés à la commission qui prépare le nouveau Codex.

Solution d'iodure ferreux.

Pr. Iodure de potassium...............	211 grammes.
Sulfate ferreux pur cristallisé.......	170 grammes.
Eau distillée......................	500 grammes.

Triturez les deux sels, dissolvez dans les quatre cinquièmes de l'eau; il y a double décomposition. Par le repos, le sulfate de potasse tombe au fond. Le dernier cinquième de l'eau sert à laver le sulfate.

La réaction s'explique par l'extrême solubilité de l'iodure ferreux et la médiocre solubilité du sulfate de potasse.

Conservez la solution dans un vase bien clos, en tenant quelques clous de fer dans la dissolution. Laissez le moins possible le flacon en vidange.

Cette solution pourrait servir à faire le sirop et les pilules suivant l'ancien procédé. L. Parisel.

Préparation de la pommade mercurielle avec le glycérolé d'amidon, en remplacement de l'axonge.

Après avoir fait quelques remarques critiques sur les divers moyens employés pour hâter l'extinction du mercure dans la préparation de cette pommade, M. Verrier pense qu'on évitera tous les inconvénients qu'il signale en substituant le glycérolé d'amidon à

l'axonge, comme déjà cela se fait pour d'autres médicaments du même genre. Le glycérolé d'amidon s'obtient en soumettant à l'action d'une douce chaleur, dans une capsule de porcelaine, une partie d'amidon et quinze parties de glycérine; il faut avoir soin de remuer constamment pour empêcher que l'amidon ne s'altère au contact des parois très-chaudes de la capsule. Dès que le mélange a pris une consistance convenable par la dilatation des granules d'amidon, on le verse dans un mortier de marbre, où on l'agite avec un pilon jusqu'à son entier refroidissement. C'est dans ce glycérolé qu'on incorpore un poids égal au sien de mercure métallique, en suivant les indications prescrites pour la préparation de la pommade mercurielle ordinaire. On doit, par conséquent, mettre tout le mercure dans un mortier de marbre, ajouter un tiers du glycérolé, et faciliter l'union des deux éléments en remuant vivement. En moins d'un quart d'heure, le mercure a presque complétement disparu; on ajoute alors le deuxième tiers du glycérolé, et on ne cesse de remuer que lorsqu'on n'aperçoit plus aucun globule de mercure, ce qui a lieu ordinairement au bout de deux heures au plus. On termine l'opération par l'addition du dernier tiers du glycérolé, et on agite encore le mélange pendant une demi-heure. On obtient ainsi rapidement, comme on le voit, la pommade mercurielle en lui conservant toutes ses propriétés, ce qui n'arrive pas toujours en adoptant les autres méthodes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur deux accouchements de jumeaux.

La position des médecins de campagne offre cela de particulier, qu'éloignés des grandes bibliothèques et privés du concours de confrères éclairés, il sont exposés à tout instant à admettre comme connu ce qui jetterait parfois de la lumière sur quelque point obscur de la science. Le cas contraire peut avoir lieu, c'est-à-dire de prendre pour très-nouveau et intéressant ce qui est connu depuis longtemps de nos confrères des grands centres de population. De là, je crois, vient en grande partie le concours peu actif de ces praticiens au mouvement de la science.

Quoi qu'il en soit, je prends la liberté de vous communiquer deux faits qu'il m'a été permis d'observer à quelques jours d'intervalle, et qui m'ont paru offrir assez d'intérêt pour être notés.

Dans la matinée du 31 août 1863, vers quatre heures, je fus

appelé à Lemberg, village distant de trois kilomètres de ma résidence, pour voir la femme S***, qui était en travail depuis la veille au soir. A mon arrivée, la sage-femme, qui avait terminé l'accouchement de deux enfants, plus gros que des jumeaux ordinaires, me dit qu'il ne s'agissait plus que de retirer les placentas, mais qu'elle n'osait point s'y hasarder toute seule, vu que la femme était épuisée par la longueur du travail et aussi par une perte de sang qui durait depuis près de trois heures.

La femme S***, qui a eu le malheur de perdre son mari, tué il y a environ six mois par la chute d'un arbre dans la forêt, n'est âgée que de trente-huit ans, mais elle en paraît bien quarante-cinq. Elle a mis au monde douze enfants, dont cinq vivants, sans compter les deux derniers jumeaux. Cette femme est indigente et a beaucoup de peine à se soutenir avec sa famille ; sa dernière grossesse s'est passée sans maladie, ou du moins la femme S*** ne s'est pas adressée au médecin. Je la trouve faible, abattue et comme sortant d'une longue maladie. La sage-femme me raconte que le premier enfant, qui s'était présenté par la tête, s'était avancé lentement par suite du peu d'énergie des douleurs. Aussitôt ce premier enfant né, la sage-femme reconnaissant les fesses d'un second enfant, avait rompu les membranes, ce qui accéléra d'abord le second travail ; mais peu de temps après, les douleurs étaient tombées de nouveau, et le sang avait commencé à couler.

Le second enfant a fini par sortir environ une heure plus tard, et la sage-femme alors a essayé à plusieurs reprises de tirer sur les deux cordons pendant au-devant de la vulve ; mais la femme ne lui permit plus de continuer, parce que cette manœuvre la faisait trop souffrir.

Au toucher je reconnus que la quantité de sang n'était pas assez grande pour constituer une hémorrhagie ; mais que les deux placentas étaient tellement serrés l'un contre l'autre, qu'il n'y avait pas d'espoir de les voir sortir spontanément : du reste, il n'y avait pas trace de douleurs. Je commençai par aérer la chambre et par faire prendre à la femme un peu de bon vin additionné de teinture de cannelle et de laudanum, en même temps qu'on lui lavait le visage et les mains avec du vinaigre ; le tout dans le but de la ranimer, ce qui eut lieu en effet une demi-heure après, mais sans influence sur l'utérus, qui restait inerte.

N'osant pas rester plus longtemps inactif, je me dis, puisque je reconnaissais par l'écoulement du sang par le vagin et par le globe formé par les placentas au-dessus du pubis, que les placentas

n'étaient plus adhérents, et qu'il serait partant facile de les extraire, n'étaient leur grand volume et l'inertie de l'utérus, que c'étaient là les deux obstacles qu'il fallait vaincre ; je donnai d'abord 1 gramme de seigle ergoté en poudre. Très-peu de temps après je crus sentir comme un renouvellement de travail, et je me risquai à déchirer un peu le placenta le plus rapproché, et à le comprimer autant que je pouvais. A peine le sang commençait-il à couler, que le placenta se rapetissa, et que je pus l'extraire assez facilement, et sans faire souffrir la malade. Toutefois, il m'a fallu répéter la même manipulation pour le second gâteau, à cause des douleurs et des lipothymies que je causais en tirant sur le placenta entier.

La femme S*** se ranima bien après; mais elle fut aux prises avec une fièvre puerpérale, et encore aujourd'hui elle est souffrante et alitée.

Arrivons au second fait :

Le 15 septembre, vers cinq heures du soir, je fus mandé à Meysenthal, fabrique de gobeleterie, auprès de la femme E***, où, arrivé, je trouvai une sage-femme qui cherchait à ranimer un enfant, et qui me dit que je trouverais une seconde poche d'eaux. Je sens effectivement un globe rond, mais plus mou que la tête, et trop haut placé encore pour que l'accouchement suive immédiatement. Au dehors je reconnais dans la partie gauche moyenne du ventre une boule ronde et beaucoup plus dure que celle dans le bassin. (Le premier enfant s'était présenté par les fesses). Mais que ce fût la tête, ou les fesses, je prévoyais qu'il n'y aurait point de version à faire, et je résolus d'attendre, surtout parce que la femme E*** était dans une position presque identique à celle de la femme S*** de la première observation.

Je rassurai la femme et lui fis donner un peu de vin sucré. Peu de temps après, elle s'endormit d'un sommeil assez tranquille jusque vers huit heures. Vers neuf heures du soir elle commença à ressentir quelques légères douleurs, et au toucher, je reconnus que la poche des eaux s'était rapprochée de la vulve et que nous avions affaire à une présentation des fesses.

Après quelques douleurs de plus en plus fortes, je vis qu'il fallait rompre la poche, ce qui ne se fit point sans quelque effort, et peu de temps après j'eus la satisfaction de voir l'accouchement se terminer naturellement, ainsi que d'extraire les deux placentas, sans la moindre difficulté.

La femme E*** se remit si bien, que le sixième jour elle était levée pour soigner son ménage.

L'instruction qui me paraît ressortir de la comparaison de ces deux faits consiste à ne pas approuver les accoucheurs qui hâtent le second travail, *pour avoir plus tôt fait;* car une femme déjà d'un certain âge, chétive, dans une position défavorable de fortune et de santé, de plus épuisée par les efforts du premier accouchement, mais surtout si les douleurs font entièrement défaut, une telle femme, dis-je, encourra moins de danger à se reposer et à se fortifier durant un certain temps avant de passer à un second travail.

Il arrive dans ce cas ce qui a lieu quelquefois dans l'accouchement simple où, par suite de trop d'efforts de la matrice, il se montre un trop grand affaiblissement, et où le placenta, n'irritant plus avec assez de force l'utérus, ce dernier reste inerte et n'agit plus sur le corps qui lui fait obstacle.

Pour résumer cette note, je dirai donc que, dans un accouchement double, et après la sortie du premier enfant, il peut se présenter deux cas distincts :

1° Généralement dix minutes ou un quart d'heure après la naissance du premier enfant, il se fait sentir de nouvelles douleurs. L'accoucheur avisera si la présentation est telle, qu'elle n'exige aucune intervention de sa part; et, si le travail pour le premier enfant n'a pas été trop long ou pénible, il devra laisser le dernier marcher selon les règles de l'art.

2° Si la femme est faible, épuisée par l'âge ou les maladies; surtout, s'il n'y a aucun danger, il est plus rationnel de temporiser. Mais, sous aucun prétexte, le médecin ne quittera plus la femme avant son entière délivrance. Quant à ce qui est de la manière anomale dont j'ai délivré la femme S*** de ses deux placentas, j'avoue en toute humilité que je ne savais trop quelle autre manière employer. Et encore aujourd'hui je me félicite de ma hardiesse, qui n'a eu que de bons résultats.

Je me permettrai une dernière réflexion concernant le conseil donné par presque tous les ouvrages classiques, par rapport à la version d'un jumeau qui présente un bras ou les deux, de bien prendre garde de saisir les pieds du même enfant. Je ne conçois pas la possibilité d'une telle erreur, tant que le second enfant sera enfermé dans ses membranes particulières. C'est du moins ainsi que je l'ai trouvé dans tous les accouchements de jumeaux que j'ai eu l'occasion de voir, et je ne manque jamais d'appeler l'attention de la sage-femme sur cette particularité.

Ed. Lambert, D. M.
à Goetzembruck (Moselle).

BIBLIOGRAPHIE.

De l'organisation des facultés de médecine de l'Allemagne, rapport présenté à Son Exc. le ministre de l'instruction publique le 6 octobre 1863, par M. le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Dans une savante introduction qui précède son rapport proprement dit, M. le docteur Jaccoud jette un coup d'œil rapide, trop rapide, à notre sens, sur l'esprit qui dirigea pendant longtemps la culture des sciences en Allemagne, et sur l'esprit plus favorable au véritable progrès qui semble la diriger actuellement. Ainsi qu'on devait l'attendre d'un des élèves les plus distingués de la faculté de médecine de Paris, et qui nous paraît appelé à y occuper un jour une place éminente, M. Jaccoud n'hésite pas à applaudir à cette complète métamorphose et à condamner sans merci les méthodes *à priori*, d'après lesquelles on devinait la nature, mais on ne l'étudiait pas, d'après lesquelles on l'imaginait par conséquent, mais on n'apprenait pas à la connaître. Nous aussi nous sommes convaincu que dans l'état de l'esprit humain, ou, si l'on veut, au degré d'évolution scientifique où, à l'heure qu'il est, il est parvenu, la voie expérimentale est l'unique voie dans laquelle il nous faut marcher; tout un monde de phénomènes est encore à connaître, et l'analyse est le seul instrument qui soit applicable à leur étude. Quelques esprits ardents, qui dernièrement ont élevé la voix parmi nous, ou qui sont encore à fourbir leurs armes, seront scandalisés d'une philosophie médicale qui abdique devant la question de la dualité humaine, devant la question même de la vie, et, à notre avis, ils auront raison. On peut bien, par un artifice de méthode, faire abstraction, dans l'étude des choses qui composent l'ensemble du monde physique ou animé, de ce qu'on a appelé justement *le côté nocturne de la nature;* mais les questions qui s'y posent ne peuvent être supprimées, et l'esprit de l'homme y revient invinciblement. Il est facile, l'histoire de la science, des sciences à la main, de montrer que les erreurs y fourmillent, tant qu'on suivit dans la culture de celles-ci les méthodes dont nous parlons en ce moment; mais conclure de là que les mêmes erreurs découleraient infailliblement de l'application à l'évolution do la science de ces mêmes méthodes, c'est oublier que la méthode expérimentale d'analyse a fourni un contingent immense de faits qui sont désormais comme la base inébranlable du progrès futur, et préserveront à jamais l'esprit hu-

main des écarts auxquels il se laissa emporter tant qu'il fut privé de ce lest de l'expérience. Sans doute la philosophie proprement dite peut et doit, elle aussi, s'occuper de ces questions, mais elles regardent par un autre côté la médecine et la physiologie, et c'est mutiler l'une et l'autre que de les leur interdire.

Un esprit aussi élevé que M. le docteur Jaccoud peut bien faire, dans l'étude de l'homme sain ou malade, une trop large part, parce qu'il la fait exclusive à la méthode expérimentale, mais il ne peut pas plus concevoir l'homme sans un principe supérieur à la matière qu'il ne comprend le monde sans Dieu. Aussi, tout en établissant que l'Allemagne scientifique a fait un heureux retour aux méthodes expérimentales dans la culture de la science, et en l'en glorifiant, la défend-il, et se défend-il implicitement lui-même d'un matérialisme qui, en niant Dieu dans le monde, et l'âme dans l'homme, fait le vide dans l'un et dans l'autre, tue l'idéal et se réduit à ne voir dans la justice et la beauté que le rêve de cerveaux malades, *somnia ægrorum*. Qu'on nous permette de citer sur ce point un court passage de l'auteur, qui le laisse entrevoir avec la noblesse de ses convictions. « A-t-on oublié, dit-il, que l'Allemagne peut opposer aux hommes que je viens de citer les Liebig, les Henle et les Naumann? Ne sait-on pas que tout récemment Leupoldt a donné à ses compatriotes une histoire de la médecine écrite sous l'influence vivifiante des doctrines spiritualistes? A-t-on vraiment pu croire que les penseurs et les médecins de la Germanie ont accepté la responsabilité de cette monstrueuse proposition de Moleschott : « Par le « fait même de la vie, les plantes et les animaux retournent à leur « source. Tout se résout en ammoniaque, en acide carbonique, en « eau et en sels..... Une bouteille avec du carbonate d'ammoniaque, « du chlorure de potassium ou du phosphate de soude, avec de la « chaux et de la magnésie, avec du fer, de l'acide sulfurique et du « silex, voilà l'esprit vital défini des plantes et des animaux. »

Telle est l'importance, telle est l'inévitabilité des questions que M. Jaccoud voudrait proscrire du domaine de la médecine, que d'elles-mêmes elles sont venues se placer sous notre plume comme elles se sont placées sous la sienne; mais, ne voulant et ne pouvant ici qu'en marquer la place, nous ne nous y attarderons pas davantage, et venons de suite à l'objet essentiel du travail fort remarquable et fort remarqué de notre digne et savant confrère.

Donc la rêveuse, l'idéaliste, la métaphysicienne Allemagne marche, à l'heure qu'il est, et d'un pas décidé, dans la voie de l'expérience, et ce qui le montre plus encore que ses livres, ce sont les

cours mêmes de ses facultés, les exercices probatoires auxquels les élèves sont soumis, et que M. Jaccoud a compendieusement indiqués dans son très-intéressant mémoire. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails de cette polytechnique médicale fort complexe, si nous osons risquer ce mot; c'est dans le mémoire même de l'auteur qu'il faut les lire et les comparer dans leurs analogies et leurs différences; mais le caractère dont tous portent l'empreinte et que se plaît à mettre en lumière notre savant et laborieux confrère est si évident, qu'une lecture, même superficielle, suffit à le saisir tout d'abord et à en apprécier du même coup toute l'importance didactique. Fidèle à la mission qui lui fut confiée, M. le docteur Jaccoud ne s'est pas contenté d'étudier les instituts scientifiques de l'Allemagne contemporaine en eux-mêmes, les rapprochant constamment dans sa pensée de l'organisation des facultés françaises, il nous signale fortement dans les uns ce qui manque dans les autres. Esprit éminemment pratique, le savant missionnaire ne demande pas des réformes impossibles ou incompatibles avec les tendances, vices ou supériorité de notre esprit national, il se contente de demander l'introduction dans l'enseignement médical d'une clinique plus pratique, qui initie plus réellement les élèves aux difficultés de l'art, leur montre mieux les vrais fondements de la science, et des instituts anatomiques et physiologiques qui leur permettent également de voir autrement qu'en perspective les enseignements spéciaux qui se rapportent à ce côté si important des sciences médicales. Dans la pensée de l'auteur, les agrégés des facultés qui, dans l'état des choses, ne sont que purs comparses dans l'enseignement, trouveraient à cette réforme un emploi qui leur serait utile en même temps que profitable aux élèves. Il y a là en effet le germe d'une réforme utile; mais les conditions auxquelles on arrive aujourd'hui à l'agrégation ont-elles préparé beaucoup d'agrégés à cette mission importante? Nous craignons que, pour confesser la vérité, il ne faille répondre à cette question d'une manière négative. Les études plus pratiques auxquelles se livrent les jeunes médecins ou chirurgiens du bureau central ou des hôpitaux les rendraient peut-être plus aptes à cette mission. Mais il faudrait que les facultés s'élargissent, et on aime trop les priviléges dans ce monde, tout démocratique qu'il se fait, dit-on, pour les partager spontanément. Quoi qu'il en soit à cet égard, il y a là quelque chose à faire, et ce quelque chose est tellement essentiel, que soyez sûrs qu'il se fera.

Bien que, dans sa savante et laborieuse étude, M. Jaccoud se soit surtout posé pour but l'examen des instituts d'enseignement mé-

dical en Allemagne, l'auteur, chemin faisant, ne laisse pas de s'occuper également de la conclusion pratique de cet enseignement, c'est à savoir des grades conférés par les facultés, et des droits qu'elle comporte pour ceux qui en sont revêtus. Cette partie du livre de notre très-distingué confrère nous paraît appelée à redresser plus d'une erreur dans notre manière ordinaire de comprendre les choses de notre profession dans la docte Allemagne. Ainsi ce serait se tromper complétement de croire que là, ce qu'on appelle le *magister obstetriciæ*, le *magister oculisticæ*, le *magister dentisticæ*, soient des médecins d'un ordre secondaire, qui se sont renfermés dans l'étude de ces spécialités restreintes ; les grades auxquels se rattachent ces titres supposent l'obtention préalable de celui de docteur. Quant aux grades secondaires proprement dits, et dont le titre de *Wundarzt*, c'est-à-dire chirurgien, exprime la portée restreinte, ils ont déjà disparu dans une grande partie de l'Allemagne, et il paraît que partout ils doivent prochainement disparaître. M. Jaccoud n'aborde qu'avec discrétion les questions qui se posent à ce propos dans la réorganisation de la profession médicale : mais il en dit assez pour faire voir que lui aussi estime que le but qu'on a été si près d'atteindre sous le ministère Salvandi, il faut le poursuivre avec insistance, et dans l'intérêt de la société, et dans l'intérêt de la dignité professionnelle. D'après la manière dont nous comprenons cette réforme, est-ce que les écoles secondaires de médecine disparaîtraient ? Non, certes ; mais elles se transformeraient. Pourquoi, avant d'accorder le droit de pratique médicale aux jeunes docteurs, ne leur imposerait-on pas l'obligation d'un stage d'une année dans les diverses grandes villes où siégent des écoles préparatoires de médecine, et d'un stage réellement effectif en les chargeant de soigner les malades sous la direction et le contrôle des médecins titulaires eux-mêmes ? M. Jaccoud a touché quelque part à cette question ; pour nous, nous verrions dans la réalisation d'une réforme si radicale un double avantage, celui des jeunes médecins d'abord, qui seraient réellement initiés à la pratique médico-chirurgicale, et ensuite celui des professeurs des écoles secondaires de médecine eux-mêmes qui, pour se tenir à la hauteur de leur mission nouvelle, devraient redoubler d'efforts encore pour ne pas rester en deçà du mouvement de la science. Tous les jours la science s'enrichit de nouveaux moyens d'investigation, et le champ de l'étude s'étend proportionnellement ; où mieux qu'en de telles conditions pourrait se faire ce difficile, ce scabreux apprentissage ? mais nous ne pouvons qu'émettre cette idée, sans la développer. Qu'on lise le

mémoire si intéressant de M. Jaccoud, et nous ne doutons pas que pour tout esprit quelque peu sagace, et qui a la hardiesse de ses convictions, il ne sorte de la lecture de ce travail cet enseignement suprême, que la médecine, en France, ne peut se relever, que par une double réforme, qui porte tout à la fois sur ses institutions d'enseignement, qu'il faut rendre plus pratiques, et sur sa constitution professionnelle, où il faut établir une unité dont la nécessité éclate de partout.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la section du tenseur de la choroïde dans certaines affections oculaires. — Dans la séance du 2 mars dernier, notre collaborateur M. Serres (d'Alais) a appelé l'attention de la Société de chirurgie sur diverses applications qu'il a faites à plusieurs cas d'affections oculaires de la méthode de Hancock.

On sait que cette méthode, préconisée par son auteur dans le glaucôme, et mise par lui en parallèle avec l'iridectomie, consiste à sectionner, sur une étendue limitée (de 2 millimètres environ), le ligament ciliaire dans lequel sont comprises les fibres d'un muscle nouveau décrit dans ces dernières années, sous le nom de *tenseur de la choroïde*, ou muscle ciliaire.

Cette section musculo-fibreuse, M. Serres (d'Alais) l'applique, comme son inventeur, 1° au glaucôme, bien entendu, mais surtout aux états suivants ; 2° au staphylôme de la cornée ; 3° à toutes les inflammations internes très-aiguës, et où la douleur appelle le débridement ; 4° à l'hypopion ; 5° enfin, aux suites phlegmasiques de l'opération de la cataracte par abaissement, à quelque époque qu'elles se manifestent après cette opération.

Le procédé opératoire s'exécute comme il suit : le chirurgien, garnissant d'un fil la lame d'un couteau de Wenzell, ne laisse libre que la pointe de cet instrument sur 2 millimètres de longueur ; cela posé, ayant choisi la région de la circonférence cornéenne où il se propose de pratiquer la ponction, il enfonce l'instrument, le dos tourné à la partie transparente, le tranchant regardant la sclérotique, le plat de la lame dirigé, d'ailleurs, suivant l'un des méridiens du globe ; le fil protecteur arrête l'instrument à la profondeur voulue.

La communication de M. Serres (d'Alais) a donné lieu à une discussion sérieuse, dans laquelle sont intervenus deux chirurgiens très au fait de la question, MM. Giraldès et Follin.

Le premier s'est occupé d'abord des effets qu'on pouvait attendre du procédé de Hancock dans le staphylôme de la cornée. Il a trouvé très-naturel que M. Serres n'eût pas eu à constater de très-grands avantages dans son application à cet état pathologique. Le muscle ciliaire n'exerçant, a-t-il dit excellemment, aucune action sur cette partie de l'organe visuel.

Quant à la substitution de la ponction de Hancock à l'iridectomie dans le glaucôme, M. Giraldès et M. Follin se sont l'un et l'autre prononcés contre son opportunité scientifique. De l'aveu général, l'iridectomie amène à sa suite les plus heureux résultats; de l'aveu général, c'est une opération relativement inoffensive; pour peu qu'on ait suivi ses applications, ou qu'on l'ait pratiquée, on reconnaît que c'est une opération assez facile à exécuter pour ne jamais devoir arrêter la décision d'un chirurgien; enfin plus puissante que toute autre raison est celle qui impose au chirurgien une détermination prompte, quand il s'agit de glaucôme.

Ils ne sont pas rares les cas de glaucôme dans lesquels vingt-quatre heures perdues ne doivent plus se retrouver. Le chirurgien est-il alors en droit d'ajourner une opération sûre pour donner place à un procédé incertain et qui revêt un caractère de temporisation?

La réponse n'est pas douteuse, et tout chirurgien qui a observé un nombre suffisant de glaucômes opérés et non opérés ne saurait balancer dans la conduite à tenir.

Nous avons longtemps considéré l'idée de Hancock comme plus logique que celle qui a donné naissance à l'iridectomie. La section du muscle ciliaire nous paraissait plus propre à diminuer la tension intrà-oculaire, ou plutôt intrà-hyaloïdienne. Nous nous rendions peu compte de l'influence de l'ablation d'une large portion d'iris pour amener ce même résultat. Plus amples réflexions nous conduisent à penser que la soustraction d'un segment d'iris, supprimant l'action du sphincter de cette membrane, change assez notablement les conditions d'équilibre de la zone ciliaire, et par suite alors du contenu hyaloïdien, pour expliquer, *à posteriori,* une opération déjà largement légitimée par les plus puissants des arguments, les résultats.

Ajoutons que nous avons été frappé d'une remarque de M. Follin. Pour produire le débridement complet dans le procédé de Hancock, il faut couper les fibres circulaires du muscle ciliaire, les fibres de Müller. Or le peut-on en demeurant sûr de ne pas intéresser le cristallin ? C'est au moins douteux. En somme, nous nous ran-

geons absolument à l'opinion des deux membres distingués qui ont pris, dans le sein de la Société de chirurgie, la défense du procédé de Graefe. Les faits nombreux colligés de toutes parts ne laissent plus la question indécise.

Restent les applications nombreuses rapportées par M. Serres et dirigées par lui contre les plegmasies intenses aux étranglements douloureux du globe, particulièrement celles consécutives, de près ou de loin, à l'abaissement des cataractes.

Pour ces derniers cas, nous nous en rapporterons à l'éminent chirurgien et n'hésiterions pas à suivre son exemple, le cas échéant. Seulement, comme l'abaissement est aujourd'hui peu en faveur; comme il a été, en statistique, détrôné par la kératotomie; comme celle-ci est en voie de céder elle-même la place à l'extraction linéaire, avec ou sans iridectomie préalable, les cas d'application du procédé de Hancock deviennent de plus en plus rares. Mais cette réserve faite, il ne peut être que précieux d'avoir à sa disposition une méthode de débridement aussi avantageuse qu'une ponction qui relâche à la fois la cornée, l'hyaloïde, le cercle ciliaire et la sclérotique, c'est-à-dire tous les organes qu'il peut être intéressant de débrider. Peut-être cette méthode tient-elle en ses flancs un nouveau renversement d'opinions et de doctrines à l'endroit de l'opération de la cataracte. M. Serres l'a appliquée des centaines de fois, dit-il, dans des cas d'abaissement et avec un succès quasi constant. Il y a donc là un grand fait d'observation personnelle; mais il faut que ce fait, avant de prendre place dans les déterminations chirurgicales, devienne scientifique, il faut qu'il soit accepté par un témoignage plus étendu, et pour obtenir ce témoignage, il serait à désirer que M. Serres (d'Alais) présentât à la science un tableau complet des applications de sa méthode avec l'histoire suffisamment explicite des états pathologiques, des indications, des succès et des revers. C'est là une condition aujourd'hui nécessaire de la généralisation de tout progrès chirurgical.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la rapidité d'absorption des principes médicamenteux par l'estomac et la voie rectale. Malgré tout l'intérêt que présente la solution de cette question, les travaux entrepris pour la résoudre sont encore peu nombreux ; on comprend par là l'empressement que nous mettons à enregistrer les nouveaux documents fournis par M. Savory, chirurgien à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres. Les

expériences comparatives de M. Savory ont été faites sur des lapins, des chats, des rats, des cochons d'Inde et des chiens, avec la strychnine, le cyanure de potassium, l'acide cyanhydrique et la nicotine. Les résultats de ces expériences ont été assez variables, suivant les substances toxiques employées.

La strychnine (en solution) produit des effets toxiques beaucoup plus rapidement quand elle est administrée en lavement que quand elle est ingérée dans l'estomac; pour le cyanure de potassium et l'acide cyanhydrique, la différence est bien moins marquée, et pour la nicotine, c'est précisément le contraire que l'on observe.

Cette différence doit-elle être attribuée à ce que l'absorption se fait plus rapidement par l'une ou l'autre voie ? Cette question a été spécialement étudiée par M. Savory pour la strychnine. Il s'est demandé d'abord si la strychnine n'était pas modifiée par le suc gastrique, de manière à perdre une partie de ses propriétés toxiques Pour résoudre le problème, il a fait des mélanges artificiels d'une solution de strychnine et de suc gastrique, et il les a injectés dans le rectum. Il observait alors des effets toxiques au moins aussi rapides et aussi énergiques qu'en employant une solution de strychnine non mélangée de suc gastrique. La réponse à la question posée doit donc être négative.

Une autre série d'expériences a démontré que la présence d'aliments dans l'estomac n'exerce aucune influence sensible sur la rapidité et l'énergie des effets toxiques d'une solution de strychnine.

Lorsque, au lieu d'administrer la strychnine en solution, on la donne en poudre, elle est absorbée beaucoup plus lentement. Dans ces conditions, l'absorption a lieu plus rapidement dans l'estomac que dans le rectum, ce qui tient à l'action dissolvante plus énergique du suc gastrique. (*The Lancet* et *Gaz. médicale*, mars.)

La fève de calabar; son administration à l'intérieur. Témoins de la puissante et toute spéciale influence exercée sur le système nerveux par la fève de Calabar, ainsi qu'il résulte des effets que son application détermine sur l'appareil de la vision, nos confrères d'Angleterre ont pensé que cet agent devait être appelé à prendre une place importante dans la thérapeutique des affections nerveuses. En conséquence, des expériences ont été entreprises dans plusieurs hôpitaux de Londres : nous en rendrons compte à mesure qu'elles viendront à notre connaissance.

Le premier exemple que nous trouvons dans cette voie consiste dans un cas de chorée chez une jeune fille de onze ans, actuellement en traitement à University college hospital. Le docteur Harley, dans le service duquel est la jeune malade, a voulu essayer chez elle l'effet de la fève de Calabar, qu'il a administrée sous forme de poudre, en commençant par un grain par jour en une seule dose, puis en augmentant graduellement jusqu'à trois grains trois fois par jour, soit neuf grains en vingt-quatre heures. Cette dernière quantité a été ensuite administrée en deux doses seulement de quatre grains et demi chacune, et enfin elle a été encore augmentée et portée à douze grains par jour, également en deux fois. Nous espérons pouvoir revenir sur ce cas qui doit être publié avec plus de détails ; mais nous pouvons dire dès à présent que depuis le commencement du traitement l'état de la malade s'est notablement amélioré. Les seuls accidents qui se soient produits ont consisté en quelques coliques de courte durée et de légers vomissements. Au commencement, les pupilles se contractèrent sous l'influence du médicament, et les battements du cœur prirent une fréquence considérable ; le pouls a été plusieurs fois jusqu'à 144, et même 160 pulsations par minute. Ces effets, toutefois, n'ont pas persisté, ils sont devenus peu à peu de moins en moins sensibles, à mesure que les forces allaient croissant et que l'organisme s'habituait à supporter le remède. — La poudre de fève de Calabar est une préparation d'un aspect agréable et qui a l'avantage considérable d'être à peu près sans saveur. La dose pour un adulte, d'après M. Harley, est de trois à six grains. (*Med. Times and gaz.*, janv. et *Edinburgh med. journ.*, mars 1864.)

Cas de tétanos guéri par l'alcool à haute dose. Hippocrate a dit avec raison : *Ne pigeat sciscitari, si quid ad curationem utile.* Les hasards de la pratique nous fournissent fréquemment des exemples qui montrent la justesse et l'importance de ce précepte, et c'est un cas de ce genre que signale M. le docteur Deprez.

Notre confrère s'est demandé si, à

côté des conséquences fâcheuses qu'engendre l'abus de l'alcool, il n'y aurait pas quelque profit à tirer en thérapeutique des propriétés de ce produit, de bonne qualité, bien entendu, et suffisamment dilué pour ne pas irriter le tube digestif. Cette question est résolue depuis longtemps, du moins dans une partie de l'étendue qu'elle comporte; car, tous les jours, nous voyons utiliser l'alcool en médecine, non-seulement sous la forme de boissons fermentées entrant dans le régime de certaines maladies chroniques, mais encore à titre de médicament véritable, comme excitant diffusible dans le traitement des affections qui réclament ce genre d'action. Mais M. Deprez est allé plus loin, et c'est à dose inébriante qu'il s'est demandé si l'alcool ne pourrait pas rendre service en certains cas. Remarquant parmi les symptômes de l'ivresse l'insensibilité et la flaccidité musculaire, effets tout à fait analogues à ceux du chloroforme et aussi complets que ceux produits par cet agent, il pensait que peut-être l'alcool, à dose élevée et prolongée, pourrait être avantageux dans le tétanos, en amenant la résolution de la contracture musculaire caractéristique de cette maladie. Or ce hasard dont nous parlions tout à l'heure, lui a fait rencontrer un cas qui paraît favorable à cette hypothèse. Voici le fait :

Un domestique de ferme eut un doigt écrasé, il y a six ans; sa plaie fut négligée pendant quelque temps, et le blessé, sur ces entrefaites, fut pris d'accidents nerveux qui caractérisent le tétanos; le trismus ne lui permettait d'avaler les boissons que par le vide résultant de l'absence d'une dent. Le malade, grand consommateur d'eau-de-vie, refusa toute espèce de médicaments, et ne voulut prendre autre chose que sa boisson de prédilection, qui l'entretint dans un état d'ivresse continuelle. Il en usa à discrétion, et l'on n'évalue pas à moins de deux litres par jour la quantité qu'il absorba dans le cours du tétanos, dont il finit par triompher.

Les critiques les plus sévères, ajoute M. Deprez, ne pourront voir tout au plus dans ce fait que l'action d'une substance qui au moins n'a pas nui au malade. Mais notre confrère y voit autre chose, la confirmation de ses inductions; et il pense que dans l'application, sans aller à une dose aussi excentrique d'alcool, il serait bon de pousser l'effet thérapeutique jusqu'à une résolution musculaire complète, à condition de surveiller le malade pour prévenir, au besoin, l'effet d'une congestion cérébrale trop intense, par la saignée chez les sujets robustes et pléthoriques, par les révulsifs cutanés, etc.

Deux remarques en finissant, M. Deprez est effrayé de la quantité d'alcool ingéré par le patient dans le cas qu'il rapporte. Il nous paraît oublier que la maladie en question crée une résistance prononcée à l'action physiologique des médicaments; est-ce que les tétaniques ne prennent pas des doses de 1, 2, 3 grammes d'extrait d'opium, non-seulement sans inconvénient, mais avec tout avantage? — Notre seconde remarque, très-intéressante en pratique, est relative à la voie d'introduction des médicaments : c'est qu'il importe de se souvenir de la voie rectale, trop négligée peut-être, et qui, dans certains cas, serait la seule praticable, si les injections hypodermiques ne nous en ouvraient pas encore une autre, dont on peut tirer le plus heureux parti, mais pour l'emploi de certains agents seulement. (*Bulletin méd. du Nord de la France*, mars 1864.)

Traitement de l'anthrax par la compression. Adoptant les idées du professeur Milder, M. Collis regarde l'anthrax comme une inflammation du fascia profond, dans laquelle le tissu aréolaire superficiel est compris comme pour le furoncle, ainsi que le tissu aréolaire profond comme pour l'érysipèle phlegmoneux. Cette triple inflammation donne lieu à une abondante exsudation de lymphe, qui convertit les tissus enflammés en une masse homogène. L'extension de ce dépôt sous le fascia mortifie celui ci, et son extension au-dessus du fascia mortifie la peau.

L'anthrax est donc bien une sécrétion de lymphe plastique; mais il est, non moins réellement, par ses suites, une affection grangréneuse. Son point de départ est profond, sous-cutané. Ce qui le prouve, c'est, 1° que, s'il siége dans une peau fine et souple, comme la paupière, on sent, en pressant la tumeur entre deux doigts, que la partie superficielle du tégument n'est pas compromise; 2° que, après avoir incisé l'anthrax, l'examen d'une section de la peau montre la lésion décroissant d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la surface; 3° que l'ulcération de la peau et la suppura-

tion ne paraissent qu'après la gangrène du tissu aréolaire (le contraire aurait lieu si l'anthrax était originairement une maladie du tégument même) ; 4° que, lorsqu'on ouvre un anthrax déjà ancien, l'étendue de la mortification sous-tégumentaire est toujours plus considérable que l'aspect du mal, vu de l'extérieur, ne l'aurait fait présumer.

M. Collis fait remarquer que lorsqu'on pratique l'incision d'un anthrax, il faut, en conséquence des notions précédentes, s'attacher plutôt à la faire suffisamment profonde que suffisamment large, ainsi que le conseillent à tort quelques auteurs. Un bon signe que l'incision cruciale a porté assez profondément, dit-il, c'est quand ses bords s'écartent largement, et quand le sommet de chaque lambeau se recroqueville en liberté. Tant qu'il n'aura pas pris cette position, ajoute l'auteur, votre incision n'a pas pénétré assez avant dans les tissus.

Quant au traitement par la compression, objet plus spécial de cet article, M. Collis l'exerce au moyen d'emplâtres agglutinatifs, et il en a obtenu plusieurs fois d'assez bons effets, et surtout un soulagement assez prompt de la sensation de brûlure qui accompagne les premières périodes, pour croire que ce traitement pourra souvent dispenser de l'incision. Il abrége aussi notablement la durée totale du mal, et provoque enfin une élimination des escarres et une cicatrisation beaucoup plus rapides. L'un des collègues de l'auteur, M. Smyly, traitait en même temps, l'un par la pression, l'autre par l'incision, deux sujets atteints d'anthrax dans la même région, à l'ischion. Or le premier put se lever après huit jours ; le second gardait encore le lit au bout de trois semaines.

M. Collis ne déclare néanmoins pas l'incision complétement et toujours inutile. Il appelle seulement l'attention des praticiens sur la possibilité de l'épargner aux malades dans un assez grand nombre de cas. (*The Dublin Quarterly Journal of medical science*, févr. 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Des indications et des contre-indications de l'emploi thérapeutique de l'oxygène. MM. Lecomte et Demarquay ont adressé à l'Académie un long mémoire sur l'action de ce gaz ; nous reproduisons la fin de ce travail, qui intéresse spécialement la pratique.

A la fin du siècle dernier, disent ces auteurs, lorsque l'oxygène fut découvert, les chimistes et les médecins cherchèrent, tant en France qu'à l'étranger, à tirer parti de ce gaz dont les propriétés sont si remarquables. Ils espérèrent fonder de la sorte une médecine nouvelle, sous le nom de *médecine pneumatique ;* mais malheureusement les propriétés physiologiques de l'air vital, ainsi que celles des autres gaz mis en usage par les adeptes de la nouvelle médecine, n'étaient point suffisamment connues ; il en est résulté des applications funestes.

Les essais d'abord encourageants de Chaptal, de Fourcroy, de Bedoës et de Franck furent promptement abandonnés, et nos expériences sur des animaux et des hommes affectés de plaies justifièrent pleinement cet abandon.

Une des contre-indications puissantes à l'emploi de l'oxygène, c'est la présence de plaies intérieures ou de foyers inflammatoires; l'oxygène dans ce cas ramène, au bout de quelques jours, des douleurs dans les parties enflammées, comme nous l'avons constaté dans les arthrites, et comme Fourcroy l'a constaté chez les phthisiques affectés de cavernes. Toutefois même, cette excitation de l'oxygène dans les parties enflammées, le médecin peut en tirer parti pour changer la nature de l'inflammation, comme nous l'avons vu récemment sur un enfant atteint de diphthérite. Une autre contre-indication ressort aussi des propriétés spéciales de l'oxygène : c'est l'action qu'il exerce sur le cœur. Nous avons vu que généralement l'oxygène active la circulation ; ce fait, vu avant nous par les expérimentateurs de la fin du siècle dernier, et par Jurine en particulier, nous a porté à ne pas donner ce gaz à respirer aux vieillards chez lesquels il y avait un trouble circulatoire. Cependant nous avons pu, sur une vieille dame affectée d'un cancer atrophique du sein, et dont le pouls était irrégulier, remonter les forces et développer l'appétit d'une manière remarquable, sans que cela eût aucune influence fâcheuse.

L'oxygène, de même que l'air com-

primé, réveille les douleurs sourdes ou endormies de ceux qui le respirent, que ces douleurs tiennent à un travail inflammatoire ou qu'elles soient liées à un état névralgique, ainsi que nous l'avons constaté dernièrement. Nous avons eu soin également de ne pas faire respirer l'air vital aux personnes disposées aux hémorrhagies.

Par conséquent : 1° l'état fébrile, à moins de conditions spéciales diathésiques, comme le croup ; 2° les foyers inflammatoires profonds, ainsi que les lésions viscérales que l'on ne peut surveiller ; 3° les maladies du cœur ou des gros vaisseaux : 4° enfin, un état névralgique qui ne serait point lié à l'anémie, ou une disposition aux hémorrhagies, doivent contre-indiquer les inhalations d'oxygène.

Nous insistons avant tout sur ces contre-indications, afin qu'il soit bien établi que nous ne faisons point de l'air vital une panacée, et que nous sommes loin de cette époque où l'on espérait, grâce à cet agent, rendre aux vieillards les attributs de la jeunesse.

Quant aux indications de l'emploi de l'oxygène, on peut dire qu'on n'en voit pas d'avance la limite, car tant que l'homme a un souffle de vie, il peut encore respirer, tandis que la voie gastrique, à laquelle on s'adresse habituellement, est limitée dans sa puissance d'absorption. Lorsqu'on songe que l'anesthésie, cette grande découverte des temps modernes, et le plus beau fleuron de la médecine pneumatique, a laissé les médecins indifférents à toutes les études que la puissance de l'absorption pulmonaire peut suggérer, on voit que de choses on peut encore tenter dans cette direction. Mais pour rester dans le domaine des faits, nous dirons que l'oxygène doit surtout être donné pour combattre soit l'anémie, soit la chloro-anémie liées à nos affections chirurgicales, pour relever les forces, pour combattre certaines diathèses dont l'action déprimante est bien connue, comme la diphthérite, la syphilis, le diabète, etc. D'ailleurs, dans notre prochaine communication, nous donnerons l'indication sommaire des faits que nous avons recueillis.

Que se passe-t-il quand on y a recours dans les conditions que nous avons indiquées ? Sous l'influence de l'oxygène et en peu de jours, si l'âge et l'état général le permettent encore, les forces renaissent, l'appétit, d'abord nul, revient avec une intensité souvent remarquable, à ce point que nous avons vu des malades demander des aliments pour la nuit ; bientôt les lèvres se colorent, une vitalité plus grande se manifeste, et on voit cesser, avec ces phénomènes de réparation, beaucoup de troubles nerveux : c'est alors qu'il faut interroger les malades sur leurs sensations intérieures, car à ce moment les plaies reprennent une activité fonctionnelle plus grande. Chez un enfant attaqué de diphthérite croupale, ayant subi la trachéotomie, nous vîmes, sous l'influence de l'oxygène, un large vésicatoire couvert de couennes diphthéritiques se nettoyer; mais au bout de huit jours il nous a fallu cesser l'action de l'air vital, car le vésicatoire s'était enflammé d'une manière franche et nullement inquiétante. L'enfant a guéri.

Nous n'avons pas guéri tous les malades auxquels nous avons administré l'air vital, et bien des malades affectés de cancers ou de maladies chroniques ne pouvaient pas guérir. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous n'avons nui à personne. En général, l'action de l'oxygène est prompte, surtout sur les sujets jeunes. Nous ne l'avons jamais administré plus de trente à quarante jours sans interruption. Ordinairement, au bout de quinze à vingt jours, ou bien nous en cessons l'emploi, ou bien nous laissons reposer nos malades pendant quelques jours avant de revenir à l'agent modificateur puissant sur lequel nous avons l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie.

Sur les moyens d'administrer l'iode complétement soluble et entièrement dépourvu de ses propriétés irritantes. Les divers articles de M. Boinet sur ce sujet, que nous avons publiés, nous permettent de reproduire seulement les conclusions du nouveau travail qu'il vient de lire à l'Académie, à l'appui de sa candidature à la place vacante dans la section de thérapeutique.

1° Il est prouvé, d'une part, dit M. Boinet, que l'administration de l'iode pur, non complétement dissous, a des dangers graves, qui l'ont fait abandonner ;

2° Que la teinture d'iode du *Codex*, n'étant pas complétement soluble, offre les mêmes dangers si l'on n'y ajoute pas une certaine quantité d'acide tannique;

3° Que l'iode, combiné avec le po-

tassium, est, à la vérité, soluble et par conséquent mieux supporté par les organes digestifs, mais que le potassium lui apporte de nombreux inconvénients.

D'autre part, il est démontré que les médicaments isolés les plus actifs et les moins dangereux sont ceux dans lesquels l'iode est rendu plus facilement absorbable, et que, sous ce rapport, les préparations où l'iode est complétement soluble l'emportent sur celles où il n'en est pas de même ; d'où l'on doit déduire qu'il n'est pas indifférent de faire prendre un médicament où l'iode est à l'état moléculaire et tel que la nature nous le fournit :

1° Parce que ce médicament est sans mutilation, avec toutes ses parties;

2° Que l'absorption de ses principes constitutifs est plus prompte, plus facile, en raison de sa division moléculaire plus complète ;

3° Que, de plus, il renferme des substances particulières, une matière organique, qui contribuent aux propriétés thérapeutiques de l'iode, et suffit pour constituer une différence d'action avec les autres composés indiqués que nous prépare la pharmacie.

Cause des accidents qui suivent les fractures en V des membres inférieurs. M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de la marine, donne lecture d'un mémoire sur la cause des accidents qui suivent les fractures en V des membres inférieurs.

M. le professeur Gosselin avait appelé l'attention de la Société de chirurgie en 1855 sur la gravité de ces fractures ; il avait cherché à démontrer que les accidents qui les suivent sont dus à l'attrition de la moelle de l'os, qui produit par son contact avec l'air une sorte de virus empoisonnant l'économie. Mais cette opinion, basée sur des théories vaguement définies et contestables, n'avait pas été acceptée. Elle avait été réfutée par MM. Boinet, Morel-Lavallée, Huguier, Denonvilliers, etc.

Dans la discussion qui suivit la communication du savant professeur, on invoqua soit la forme de la plaie qui accompagne ces fractures, soit une idiosyncrasie particulière pour expliquer les accidents ; néanmoins, cette question était restée indécise jusqu'à ce jour.

Ce mémoire a pour but de faire cesser cette indécision fâcheuse dans l'état actuel de nos connaissances. L'auteur avance cette proposition : Que les accidents qui suivent les fractures en V ont pour cause l'*arthrite traumatique*. Il soutient son opinion, ainsi formulée, par trois ordres de preuves :

1° Démontrant par les observations que l'on doit à M. Gosselin, comme par l'inspection des pièces anatomiques du musée Dupuytren et du musée du Val de Grâce, que l'articulation est toujours ouverte dans ces fractures ;

2° Rappelant que les enfants ne présentent jamais ces fractures en V, par cette raison que la cassure osseuse rencontre chez eux l'épiphyse non soudée encore au lieu d'arriver dans l'articulation, et par conséquent que la fracture en V est impossible à cet âge ;

3° Faisant ressortir que les accidents qui suivent les fractures cunéennes sont identiquement les mêmes que ceux qui caractérisent l'arthrite traumatique.

Cette proposition ainsi appuyée par des preuves péremptoires, M. Bérenger-Féraud en tire une déduction pratique, à savoir : que les fractures en V des membres doivent être désormais considérées comme un cas formel d'amputation immédiate, ou au moins de résection lorsqu'elle est possible, et il montre que l'expérience a déjà sanctionné sa conclusion, puisque MM. Legouest, Berthcrand, etc., ont pratiqué avec succès l'amputation immédiate dans ces fractures cunéennes. (*Compte rendu de l'Ac. de méd.*, mars.)

Cas de division ancienne d'une partie des nerfs, artères et muscles de l'avant-bras, *avec rétablissement incomplet de la sensibilité cutanée dans l'étendue de la distribution du nerf médian, et conservation presque complète des mouvements.* Cette note adressée par M. Leudet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, et son interne, M. Delabost, est des plus intéressantes, car les suites éloignées des blessures ont été fort négligées, malgré les enseignements précieux que de semblables études peuvent fournir à la pratique. Nous la reproduisons intégralement.

Obs. L... (Louis-Charles), âgé de cinquante-cinq ans, entra le 6 octobre 1862 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour être traité d'une tuberculisation pulmonaire dont les détails, étrangers au point que nous étudions ici, sont

omis à dessein. Cette affection causa la mort.

L... avait été blessé, à l'âge de dix-huit ans, par un fragment de cruche en terre qui avait profondément divisé les tissus de la partie antérieure de l'avant-bras, à deux travers de doigt de l'articulation du poignet. Cette plaie, étendue transversalement d'un bord à l'autre de l'avant-bras, avait été suivie d'une hémorrhagie abondante, et pendant près de six mois, d'après le conseil d'un médecin, la main fut maintenue immobile dans la flexion forcée; aucune ligature ne fut pratiquée. La main et les doigts, froids au début, reprirent peu à peu leur température normale, ou du moins le malade cessa d'y éprouver la même sensation de froid. Bientôt, quand on eut cessé la flexion forcée, il recouvra l'usage du membre, et toute sa vie il a pu remplir les fonctions de sommelier en se servant surtout de la main droite.

Au moment où L... est soumis à notre observation, nous constatons que l'étendue des mouvements est presque aussi considérable d'un côté que de l'autre ; cependant il serre moins bien de la main droite que de la gauche. Il y a de l'analgésie sans anesthésie absolue, uniquement bornée à l'étendue de la distribution du médian. Aucune douleur spontanée ou provoquée dans les ramifications de ce nerf par l'excitation de la périphérie ou de la cicatrice. La chaleur et le froid sont moins bien perçus sur les points animés par le nerf médian que sur le trajet des autres nerfs de l'avant-bras. Jamais aucune douleur ascendante dans les branches nerveuses du membre.

Voici quel était l'état des parties profondes examinées après la mort du malade :

La cicatrice cutanée adhère intimement aux tissus sous-jacents au moyen de filaments celluleux, fermes et serrés. Les tendons, dans une étendue de 3 centimètres, présentent, au lieu de leur aspect nacré, une teinte jaune rougeâtre ; à l'endroit de la section, sur une longueur de 1 centimètre, le parallélisme des fibres tendineuses n'existe plus : celles-ci sont déviées et entremêlées de telle sorte que le tendon du long supinateur bifurqué se continue en partie avec le long fléchisseur du pouce ; le tendon du grand palmaire s'unit à une masse constituée principalement par les bouts inférieurs de ce tendon, du nerf médian, de la portion du fléchisseur superficiel destinée à l'indicateur, et le bout supérieur de l'artère radiale.

Cette artère, de même que ses veines collatérales, réduite d'abord à un calibre très-mince, puis à un simple cordon fibreux, se perd dans la masse indiquée plus haut, tandis que son bout inférieur se confond avec le long supinateur.

Le nerf médian présente, au-dessus de la section, un renflement olivaire de 0m,025 de longueur et de 0m,010 de largeur, dont la pointe se continue par trois minces cordons avec les tissus fibreux intertendineux. Le bout inférieur de ce nerf se jette en haut dans l'intrication des tendons du grand palmaire, du long fléchisseur du pouce et du fléchisseur superficiel, avec lesquels il se confond bientôt complétement et sans qu'il soit possible de trouver la moindre continuité avec le bout supérieur. Du reste, le bout supérieur à l'avant-bras, ainsi que le bout inférieur au poignet, à la paume de la main et aux doigts, n'offrent rien d'anomal sous le rapport de leur volume, de leur couleur ou de leur consistance.

Sur la branche superficielle du nerf radial existe, au niveau de la lésion, et sur le côté interne seulement de ce nerf, un renflement assez volumineux qui vient se confondre avec la masse fibreuse du tendon du long supinateur et du bout inférieur de l'artère radiale.

Une branche du musculo-cutané qui vient également se confondre avec les tissus fibreux présente aussi un renflement ovoïde sur chacune de ses branches de bifurcation. (*Compte rendu de la Société de biologie*, février 1864.)

Sur une cause peu connue de récidives après la lithotritie et la taille. M. A. Mercier rappelle qu'en plusieurs endroits de ses *Recherches* de 1856, il a appelé l'attention sur l'incrustation de la membrane muqueuse de la vessie par des sels phosphatiques dans certains cas d'inflammation chronique et surtout de corps étrangers, incrustations qui, se détachant, peuvent elles-mêmes devenir noyaux de pierres.

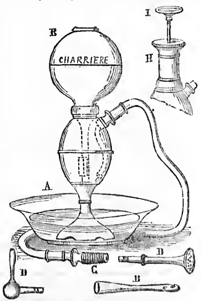
Il démontre aujourd'hui que cette circonstance est, après la lithotritie et même après la taille, la cause fréquente de récidives qu'on attribue trop souvent à ce que l'extraction a été faite incomplétement; mais la composition, toujours phosphatique, des nouveaux produits, diffère le plus

ordinairement de celle de la pierre primitive.

Après avoir réfuté diverses hypothèses émises sur la formation de ces incrustations, M. Mercier expose sa manière de voir. Suivant lui, ces placages, qu'on rencontre quelquefois depuis les reins jusque sur la peau, quand celle-ci est baignée par l'urine, proviennent presque toujours d'une altération de ce liquide, de son alcalinité, dont la néphrite chronique est la cause la plus commune. En effet, les phosphates que l'urine contient naturellement n'y restent dissous qu'à la faveur d'un acide, puisqu'ils sont à peine solubles dans l'eau Si donc cet acide vient à disparaître ou à être neutralisé, ils se déposent là surtout où ils rencontrent quelque circonstance qui favorise leur adhésion Or les ulcérations de la muqueuse dues au frottement d'un corps étranger, et quelquefois même au seul progrès du travail inflammatoire, offrent précisément aux molécules salines ces conditions favorables.

L'auteur conclut qu'on doit toujours se tenir en garde contre cette cause de récidive pendant les premiers temps qui suivent l'extraction d'une pierre, surtout si l'urine est alcaline et les reins atteints d'inflammation chronique. Des irrigations dans la vessie, des injections avec les acides hydrochlurique ou nitrique très-étendus peuvent alors rendre de grands services. (*Compte rendu de l'Ac. de méd.*, mars.)

Appareil à douches oculaires. M. J. Charrière vient de présenter à l'Académie un nouveau modèle, muni d'un arrosoir, auquel on peut adapter une œillère, comme dans l'appareil de M. Margouliès, pour le traitement des maladies des yeux et les lavages indiqués dans le cas d'ophthalmie purulente En voici la description : A, récipient placé dans une cuvette, sur lequel se monte une boule



en caoutchouc B, ou une petite seringue à piston se manœuvrant d'une seule main, et à l'aide desquelles on fait le vide et on obtient un courant continu, comme dans notre appareil à irrigations portatif pour douches utérines et rectales publié en 1857. Cet appareil est construit d'après les indications de M. Follin. Il est très-peu coûteux; son volume réduit permet de l'employer très-avantageusement pour remplacer le clysopompe de voyage.

VARIÉTÉS.

De la prothèse dans les cas d'anus contre nature et spécialement d'anus artificiel.

Les fistules entéro-cutanées, lorsqu'elles communiquent assez largement avec l'intestin pour donner issue à la totalité ou à la presque totalité des matières alimentaires, constituent une des infirmités les plus dégoûtantes. Comme les exemples sont loin d'en être rares, et que la donnée mécanique est facile à remplir, il semble, au premier abord, que l'art doive être depuis longtemps en possession de ressources efficaces pour en atténuer les principaux inconvé-

nients. Il n'en est rien, et l'anus *contre nature* est encore aujourd'hui une des lésions pour le traitement de laquelle la prothèse, abandonnée à elle-même, a fait fausse route.

Les savantes monographies publiées sur l'anus contre nature, de même que les traités classiques de chirurgie, ne contiennent aucun document relatif aux ressources prothétiques. La seule mention des essais mécaniques tentés pour y parer se trouve dans l'article Anus du *Dictionnaire* en 30 volumes. Avant de reproduire ce passage, nous devons dire un mot de la constitution anatomo-pathologique de la lésion, afin qu'on se rende mieux compte de la nature des accidents auxquels elle donne lieu et des indications qui en découlent.

Dans notre étude, il ne peut être question que des ouvertures assez considérables pour donner issue, ainsi que nous venons de le dire, à la presque totalité des matières excrémentitielles, et tout particulièrement de l'anus *artificiel*.

L'infirmité qui en résulte tient surtout à l'absence de tout moyen actif de rétention de ces matières, et par conséquent le problème prothétique consistait dans l'obturation mécanique de l'ouverture abdominale, en dehors du moment où l'intestin doit verser au dehors les produits qui n'ont pas été utilisés pour la nutrition de l'individu.

Comment se fait-il qu'un problème aussi facile à résoudre soit encore à attendre sa solution ?

Les essais prothétiques sont tentés alors seulement que la cicatrisation de la plaie entéro-abdominale est accomplie. Or un certain temps s'est écoulé pendant lequel un accident grave s'est produit, l'invagination de la muqueuse intestinale.

Le cheminement des matières alimentaires est confié aux mouvements péristaltiques du tube digestif; dès qu'une portion des parois de celui-ci vient à être fixée au pourtour de l'ouverture abdominale, ces mouvements ont nécessairement pour résultat d'affaiblir les moyens d'union de la muqueuse avec les autres éléments des parois de l'intestin, cette membrane perd également son ressort, et, sous cette double influence, pendant l'acte défécateur, elle tombe à travers l'ouverture abdominale et déborde l'anus anomal, comme une doublure d'habit dédorde la manche quand elle vieillit et que les fils qui la fixaient au drap ont été relâchés.

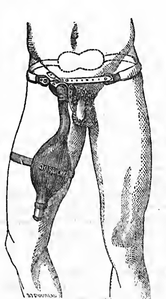
Du reste il est des animaux, le cheval par exemple, chez lequel le phénomène se produit naturellement; mais la muqueuse rentre spontanément après l'acte de la défécation. Chez l'homme, le même phénomène peut avoir lieu ; mais, comme nous aurons prochainement l'occasion de le faire remarquer, il est toujours accidentel et le résultat d'un affaiblissement des plans musculaires à l'action desquels est confiée la rétention des matières fécales.

Dans les cas d'anus contre nature, on comprend que l'absence de ces agents contentifs rende la chute de la membrane muqueuse infaillible, et que le prolapsus aille chaque jour en s'agrandissant jusqu'à offrir parfois des dimensions considérables.

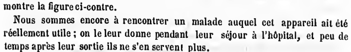
Pendant toute la durée du séjour au lit, sous l'influence du décubitus dorsal, la rentrée de la membrane muqueuse se produit spontanément par l'effet de la position; mais lorsque le malade se lève et que cette réduction cesse d'avoir lieu, si le malade néglige de la produire, la muqueuse ne tarde pas à former un bourrelet au pourtour de l'ouverture abdominale. La faute des fabricants d'appareils a été de respecter cette tumeur, et celle des chirurgiens de la combattre par un moyen inefficace, la compression.

Mais il est temps de reproduire le passage de l'article de M. Velpeau sur l'état de la prothèse dans les cas d'anus contre nature.

« La compression pratiquée à la manière de Desault, à l'aide d'un tampon de charpie, serait un bon moyen de s'opposer au retour du renversement de l'intestin, comme c'est aussi celui de le prévenir. On le prévient encore en soutenant les bords de l'ouverture au moyen d'un cercle d'ivoire ou d'acier, garni à sa circonférence d'un bourrelet de crin, recouvert de taffetas ciré, qui ne laisse à son centre qu'un passage pour l'écoulement des matières fécales. Ce cercle est soutenu par une ceinture élastique ou un brayer, suivant que l'anus est situé à l'ombilic ou à l'aine. Quand la cure radicale de l'anus anomal n'est pas tentée, et qu'on se borne à la cure palliative, aux soins de propreté, on adapte à la plaque dont nous venons de parler, un tube de gomme élastique ou de métal, muni d'une soupape très-mobile et qui s'ouvre de haut en bas; une boîte d'argent ou d'étain, vissée au tube, sert de récipient aux matières versées par l'anus accidentel ; on peut la visser et la dévisser à volonté, afin de la vider, mais elle a l'avantage de pouvoir être conservée pendant huit ou dix heures : sa forme est adaptée aux régions qu'elle doit occuper ; et on assure son immobilité par des rubans ou des courroies qui entourent le tronc. »



Le modèle que nous produisons est celui que M. Charrière livre aux hôpitaux ; le réservoir, en caoutchouc, est plus considérable que dans les appareils décrits par M. Velpeau ; on le fixe à la cuisse du malade, ainsi que le montre la figure ci-contre.



Nous sommes encore à rencontrer un malade auquel cet appareil ait été réellement utile ; on le leur donne pendant leur séjour à l'hôpital, et peu de temps après leur sortie ils ne s'en servent plus.

La cause principale du rejet de l'appareil doit être rapportée à ce que la disposition de l'anneau ne s'oppose pas à l'invagination de la muqueuse intestinale ; celle-ci ne tarde pas à produire une tumeur considérable qui rend l'application de la pelote douloureuse, et les malades se bornent à l'usage d'une compresse de linge.

La sortie des matières intestinales se produit d'une manière incessante et involontaire alors seulement que les malades ont la diarrhée ; autrement ils sont presque toujours avertis par une sensation spéciale que l'intestin va se vider, et peuvent prendre leurs précautions.

L'inconvénient le plus grand de l'anus contre nature n'est donc pas celui qu'on suppose : l'incontinence des matières fécales, mais bien l'*invagination de la muqueuse à travers l'ouverture anomale*, et c'est à la prévenir que la prothèse doit s'ingénier.

L'indication nettement posée, le moyen de la remplir était des plus faciles à trouver : l'emploi d'un obturateur dont les dimensions seront calculées sur le calibre du bout supérieur de l'intestin, et fabriqué avec une substance dont le contact ne provoquera aucune action traumatique de la muqueuse intestinale ; cette substance, c'est le caoutchouc vulcanisé.

Cet obturateur, dont la forme est semblable à celle des clous dont on se sert pour le traitement de la fistule lacrymale (1), n'a pas seulement pour résultat de s'opposer au prolapsus de la muqueuse hors du moment où l'intestin se vide ; il prévient encore la sortie des matières, tant que celles-ci restent consistantes. Du reste, quand une diarrhée un peu intense vient à affecter un sujet bien conformé, est-ce que l'action de son appareil contentif, son sphincter anal, réussit toujours à mettre l'individu à l'abri de la sortie involontaire des humeurs excrémentitielles ? Dans l'un et l'autre cas, ce phénomène demeure un fait accidentel.

La pelote d'un bandage herniaire appliquée sur la partie élargie de l'embout de caoutchouc maintiendra l'ouverture abdominale exactement fermée.

Je connais un jeune garçon de onze ans, affecté d'un anus artificiel, chez lequel l'emploi de ce moyen, aussitôt après la cicatrisation de la plaie, a prévenu toute invagination de la muqueuse. L'obturation de l'ouverture intestinale est si complète, que cet enfant, qui appartient à la classe la plus élevée de la société, va se mêler aux jeux de ses petits camarades.

M. le docteur Jules Rochard, dans la note qu'il a adressée, en 1859, à l'Académie de médecine, à propos de la discussion qui s'était produite dans son sein sur la valeur des méthodes pour la création d'un anus artificiel, cite le fait d'une dame de Brest, née en 1816, opérée par J. Mirlel par la méthode de Littre, et chez laquelle les choses se sont passées de la même façon. « Pendant sa vie de jeune fille, dit notre confrère, Mme X*** n'a renoncé à aucun des plaisirs que sa position lui permettait de goûter, et dans les réunions auxquelles elle assistait, dans les bals auxquels elle prenait une part active, rien ne pouvait laisser soupçonner le vice de conformation dont elle était atteinte. Elle est âgée de quarante ans aujourd'hui, veuve et mère de quatre enfants, forts et bien constitués, qu'elle a nourris elle-même. Ses grossesses, ses couches, ont été aussi normales, aussi simples que possible. Elle n'a jamais ressenti la moindre douleur dans la région opérée, et sa santé a toujours été des plus florissantes. » Malheureusement M. J. Rochard n'a pu obtenir aucun renseignement sur l'appareil que porte cette dame.

Ce chirurgien distingué rapporte ensuite quatre autres observations d'individus de Brest ayant subi la même opération et ayant atteint l'âge adulte. Aussi n'hésite-t-il pas, et cela avec juste raison, à donner la préférence à la méthode de Littre sur celle de Callisen. Une étude approfondie de la question nous porte à y ajouter encore les procédés opératoires mis en œuvre pour la création d'un anus artificiel dans sa région normale.

On croit généralement que l'ouverture du rectum dans la région périnéale donne plus de succès et met les sujets à l'abri de toute infirmité plus sûrement que toutes les autres méthodes. Rien n'est plus erroné. Duret racontait, dans

(1) Une bougie en cire introduite dans le bout supérieur de l'intestin, et laissée en place pendant quelques heures, fournirait, si besoin était, une indication précise sur la direction de l'intestin. Dans le plus grand nombre de cas, l'élasticité du caoutchouc permettra de se passer de ce renseignement.

ses leçons cliniques, qu'il avait vu mourir vingt-deux enfants opérés par ce procédé; et sur plus de quarante tentatives, M. Guersant n'a vu qu'un de ses petits malades atteindre l'âge de dix ans. Sur les trois seuls individus qui, à ma connaissance, sont arrivés à l'âge adulte, l'un d'eux, artiste distingué de Paris, opéré par Gerdy, est affecté d'une incontinence des matières fécales, contre laquelle tous les essais tentés par M. Demarquay sont restés impuissants.

De toutes les méthodes proposées pour la création d'un anus artificiel, il n'en est pas qui ait donné d'aussi nombreux succès que la méthode de Littre. M. Miriel, dans sa thèse inaugurale soutenue à Paris en 1835, raconte que son père avait obtenu à Brest même une dizaine de cas de succès bien authentiques, et qu'à une même époque il avait pu y compter cinq de ses opérés jouissant d'une santé parfaite.

Que manque-t-il donc à la méthode de Littre pour qu'elle entre dans la pratique courante comme méthode de choix ? Qu'on vulgarise les excellents résultats qu'elle fournit, et surtout qu'on mette les sujets qui ont subi cette opération à l'abri de l'invagination de la muqueuse intestinale. M. J. Rochard a ajouté à la fin de sa note le dessin de la tumeur formée par la muqueuse herniée dans les quatre cas où l'accident a été abandonné à sa marche naturelle. Le volume de ces tumeurs est assez considérable pour expliquer la préoccupation des chirurgiens. Toutefois, le renversement de l'intestin ne s'observe pas moins souvent à la suite de l'opération pratiquée dans le flanc.

En signalant le moyen de prévenir toute infirmité, nous venons détruire une des grandes objections contre l'emploi de la méthode de Littre. Si les chirurgiens en tiennent compte, le succès des tentatives sera désormais plus fréquent, car ils s'abstiendront de ces essais de restauration de l'anus dans la région périnéale. C'est à cet enseignement mis hors de doute par la pratique de Duret et de son gendre, J. Miriel, que la ville de Brest doit de présenter à elle seule un plus grand nombre de guérisons que la France tout entière.

Nous nous sommes occupé plus spécialement dans cette note de l'anus artificiel, et cela devait être, puisque, dans ces cas, le secours prothétique doit être permanent. Du reste, ce que nous en avons dit s'applique également à la contention de la muqueuse intestinale dans l'anus accidentel, suite de la gangrène de la hernie. L'emploi de l'obturateur ne sera pas inutile dans plusieurs de ces cas; en rendant l'infirmité plus tolérable, il fera que les malades exerceront une moindre pression sur les chirurgiens et permettront à ceux-ci de choisir le meilleur moment pour appliquer les procédés curatifs que possède la science.

Dans le traitement mécanique de l'anus artificiel, nous avons pu borner notre intervention à l'obturation du bout supérieur de l'intestin ; dans celui de l'anus accidentel, l'embout de caoutchouc devra être double ou bifurqué et pénétrer dans le bout inférieur. L'emploi des sondes en cire pour s'assurer de la position relative des deux portions de l'intestin, de leur direction, de l'étendue de leur calibre, sera surtout utile dans cette variété. Ces indications obtenues, il sera facile de faire construire un embout, puisqu'on aura la notion de l'angle sous lequel les deux tiges doivent être réunies. Peut-être sera-t-il plus facile de se servir de deux tiges isolées ; c'est à l'expérience de décider la question. La tige destinée à obturer le bout supérieur devra toujours être plus longue que l'autre, et, comme dans l'anus accidentel elle s'applique sur des adultes, on ne devra pas craindre de débuter par des embouts de 8 et 10 centimètres.

L'Académie de médecine a procédé à la nomination des Commissions des prix. Sont nommés :

Prix de l'Académie (rhumatisme aigu) : MM. Bouillaud, Beau, Rostan, Louis et Briquet. — *Prix Civrieux* (ataxie locomotrice des centres nerveux) : MM. Barth, Baillarger, Gosselin, Roger et Sappey. — *Prix Capuron* (vomissements incoercibles) : MM. Danyau, Depaul, Devilliers, Blot et Jacquemier. — *Prix Itard* (au meilleur livre de médecine pratique) : MM. Cruveilhier, Grisolle, Trousseau, Roche et de Kergaradec. — *Prix Orfila* (champignons vénéneux) : MM. Caventou, Devergie, Gobley, Cloquet et Wurtz. — *Prix Barbier* (maladies incurables) : MM. Bouvier, Michel Lévy, Laugier, Mélier et Michon. — *Prix Godard* (pathologie interne) : MM. Rayer, Blache, Robin, Jolly et Guérard.

M. le docteur Delpech, médecin de l'hôpital Necker, vient d'être élu membre de l'Académie, section d'hygiène et de médecine légale.

Par divers décrets ont été promus au grade d'officiers de la Légion d'honneur : M. Michon, membre de l'Académie de médecine ; M. Leroy de Méricourt, professeur à l'école de Brest ; MM. Coze et Villette, médecins principaux de l'armée.

Par arrêté en date du 12 mars, ont été nommés : Professeur titulaire de pathologie interne à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers, M. le docteur Dumont, en remplacement de M. le docteur Laroche, admis à la retraite. Professeurs suppléants près la même école : MM. Bahnuaud, Emile Laroche et Lieutaud.

Une lacune regrettable existait dans la presse médicale, nous apprenons avec une vive satisfaction qu'elle va être comblée incessamment par la publication d'un nouveau journal, consacré à la médecine navale et à la pathologie exotique. Cette création, due à la libérale et intelligente initiative du ministre de la marine, est appelée, nous n'en doutons pas, à produire les fruits les plus heureux pour l'instruction des médecins de la marine et pour les intérêts généraux de la science. Le nom de M. Le Roy de Méricourt, qui est chargé de la direction des *Archives de médecine navale*, nous est un sûr garant de l'intérêt scientifique qu'offrira ce journal, auquel nous souhaitons dès à présent la bienvenue.

Un médecin de Paris comparaissait devant le tribunal correctionnel, à l'audience du 18 mars, sous l'inculpation de révélation d'une maladie secrète d'un de ses clients, et, sur la plainte de celui-ci, en diffamation et en révélation de secret. Le tribunal, admettant la plainte, a rendu un jugement par lequel il a condamné le médecin à une année d'emprisonnement, 500 francs d'amende ; ordonne qu'après avoir subi sa peine, il restera pendant cinq ans sous la surveillance de la haute police, et l'a condamné aux dépens. Et attendu que, par cette divulgation de secret, il a causé à la partie civile un préjudice dont il lui est dû réparation, le tribunal a, en outre, condamné l'inculpé, par toutes voies de droit, même par corps, à payer à M. X*** la somme de 1,000 francs à titre de dommages-intérêts, et fixé à un an la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'opportunité en thérapeutique.

Lu à l'Académie de médecine par M. le docteur DURAND-FARDEL, membre correspondant, secrétaire général de la Société d'hydrologie.

I. Lorsque, auprès d'un malade, nous avons établi les indications thérapeutiques, l'indication présente et celles qui doivent se succéder, lorsque nous avons formulé la médication qui nous paraît la plus propre à les remplir, nous sommes loin d'avoir résolu toutes les difficultés que présente le traitement d'une maladie.

Il s'agit de mettre en œuvre ces agents thérapeutiques auxquels nous avons assigné un but particulier; mais, pour que ce but soit atteint, il faut qu'ils interviennent et se succèdent au moment favorable. Ce moment favorable, c'est *l'opportunité*.

L'opportunité représente l'action la plus décisive, comme la part la plus personnelle de l'homme de l'art, dans le traitement des maladies. C'est en vain que nous aurons, par un diagnostic assuré comme par un pronostic perspicace, déterminé avec précision les indications qui devront poursuivre la maladie jusqu'au terme de sa guérison; c'est en vain qu'une connaissance profonde des agents de la thérapeutique nous aura révélé les plus propres à enrayer une action morbide, à solliciter dans l'organisme des réactions salutaires, si nous n'avons égard à l'opportunité qui fixe d'une manière absolue l'instant d'y recourir ou le moment de les abandonner.

Je me souviens des anxiétés que j'ai subies lorsque, dans les premiers temps de ma pratique, il me fallait faire succéder aux émissions sanguines les préparations antimoniales, ou les stimulants aux antiphlogistiques, maintenir l'abstinence ou revenir à l'alimentation, m'en tenir à l'expectation ou recourir à des moyens effectifs. Et aujourd'hui qu'une longue carrière m'a rendu plus familiers et la connaissance des indications et le maniement des agents thérapeutiques, j'avoue que c'est sur le terrain de l'opportunité que je rencontre encore le plus de doutes et de difficultés.

Cependant l'opportunité a été oubliée dans la plupart des traités dogmatiques de pathologie et de thérapeutique, ainsi que dans les dictionnaires, comme si l'on eût pensé qu'il fallait s'en rapporter, sur ce sujet, à ce qui ne peut se prescrire ou se formuler, le tact médical, l'esprit d'à-propos, l'inspiration, si l'on veut.

Il me semble pourtant que des règles utiles eussent pu être posées sur cette matière importante, qui domine, à vrai dire, l'exercice de

l'art, et qui donne, dans bien des circonstances, au praticien expérimenté l'avantage sur le savant le plus consommé.

Contraint de tenir cette lecture dans des limites aussi restreintes que possible, je demande à l'Académie la permission de borner les observations que je vais avoir l'honneur de lui présenter sur ce sujet à un exemple que j'emprunterai au traitement des maladies chroniques, à leur traitement par les eaux minérales, et à un sujet très-particulier, le traitement de la goutte et celui de la phthisie pulmonaire.

On sait que les eaux minérales peuvent intervenir avantageusement dans la plupart des maladies chroniques, sinon à titre directement curatif, du moins comme modificateurs spéciaux de l'économie; sinon comme agents indispensables, du moins comme adjuvants utiles des traitements antérieurs; sinon toujours comme des médications énergiques, du moins comme fournissant des ressources que l'on trouverait difficilement ailleurs.

Grâce aux travaux qui se sont multipliés depuis quelques années, les indications des eaux minérales peuvent, dans la plupart des cas, être établies avec une grande précision. On sait que les groupes naturels des eaux minérales possèdent des propriétés thérapeutiques qui se rapportent assez fidèlement aux divers états constitutionnels ou aux divers groupes morbides; que la scrofule, par exemple, réclame spécialement les eaux chlorurées sodiques; le lymphatisme et l'herpétisme, les eaux sulfurées; la diathèse urique, les eaux bicarbonatées sodiques, etc.; et les appropriations les plus saillantes des principales stations thermales sont devenues familières à la plupart des praticiens qui se tiennent au courant de la science.

Mais s'il est un terrain sur lequel la question d'opportunité présente une importance capitale, c'est celui des eaux minérales. Si l'emploi des eaux minérales est souvent stérile, et surtout s'il est quelquefois nuisible et même funeste, c'est uniquement par ignorance ou par oubli du moment où l'on doit y recourir. Dans les circonstances où un traitement thermal est le plus formellement indiqué, l'issue de ce traitement dépendra surtout du moment où il sera appliqué.

On pourra s'étonner que je choisisse pour sujet de cette courte étude peut-être les deux maladies où les eaux minérales appropriées exercent l'action curative la moins effective, la goutte et la phthisie.

En effet, la goutte est une maladie que l'on atténue, que l'on réduit, quand on le peut, à sa plus simple expression; mais je n'ai jamais vu guérir de goutte confirmée. Quant à la phthisie pulmo-

naire, qui certainement se prête beaucoup plus que la goutte à une guérison radicale, elle est cependant très-souvent au-dessus des ressources dont nous pouvons disposer, et, dans tous les cas, l'œuvre de sa curation est trop complexe pour qu'il nous soit jamais permis d'en faire honneur exclusivement à une médication déterminée.

Mais c'est que la goutte et la phthisie sont des maladies dont le traitement par les eaux minérales est plein de périls, si les règles qui doivent y présider sont méconnues. Ici les fautes peuvent avoir des conséquences incalculables; elles ne frappent pas le traitement d'inanité, elles lui préparent des conséquences funestes.

Je prendrai, afin de simplifier autant que possible cette étude, les eaux de Vichy pour type du traitement thermal de la goutte, et les Eaux-Bonnes pour type du traitement de la phthisie.

II. La marche des maladies chroniques nous présente deux circonstances sur lesquelles je dois fixer votre attention.

Un certain nombre se montrent par manifestations passagères : telles sont celles qui sont l'expression directe de la plupart des diathèses, comme la goutte, le rhumatisme, la scrofule.

Il en est en effet ainsi de la goutte, du moins sous sa forme typique, dite aiguë ou régulière.

C'est là la forme qui réclame spécialement les eaux de Vichy. Plus la maladie s'en éloigne, plus les individus qui en sont atteints s'écartent de la constitution sanguine et vigoureuse que l'on a nommée goutteuse; plus la goutte offre de mobilité et de tendance à abandonner les jointures, ou encore à remplacer la marche tranchée, éréthique, douloureuse des accès aigus, pour prendre un caractère torpide, vague, chronique en un mot; plus l'indication des eaux de Vichy tend à s'effacer et à faire place même à une contre-indication formelle.

C'est pour ne pas avoir eu égard à ces considérations que bien des goutteux se sont mal trouvés des eaux de Vichy, et que l'on a imputé à ces dernières une action défavorable qui ne dépendait que d'une pratique vicieuse.

Dans la goutte aiguë ou régulière, quelle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature de la maladie, le premier point est de respecter et de favoriser la libre évolution de la manifestation essentielle, l'accès de goutte. La fluxion articulaire est à la goutte ce que la fluxion cutanée est aux fièvres éruptives.

Sans doute il est permis, il est nécessaire même, lorsqu'un accès de goutte atteint une extrême intensité et surtout une durée excessive, de chercher à le tempérer. Mais il ne convient à aucun prix

d'en troubler la libre évolution ; et si vous voulez savoir si une médication préconisée contre la goutte est acceptable, assurez-vous si elle doit être adressée aux accès eux-mêmes ou appliquée dans leurs intervalles. Ce qui condamne sans rémission, comme contraires et aux principes et à l'expérience, toutes les médications populaires de la goutte, toutes ces préparations plus ou moins déguisées de colchique, c'est précisément qu'elles n'ont affaire qu'aux accès de goutte eux-mêmes.

Les eaux de Vichy ne doivent donc être administrées que dans les intervalles des accès de goutte. Le moment le plus favorable est également le plus éloigné possible des accès passés ou des accès futurs, lorsque, ce qui arrive souvent, le retour de ceux-ci peut être prévu d'avance. Au sortir d'un accès, le traitement thermal peut en troubler la résolution définitive, exercer une action perturbatrice, en réveiller les manifestations mal éteintes. A une époque trop rapprochée de son retour, il risque encore de troubler dans un sens perturbateur son apparition régulière.

Ce précepte est tellement formel, qu'il est à peine nécessaire de le développer. Je ne connais aucune circonstance qui puisse autoriser à l'enfreindre. Je reconnais que l'on n'est pas toujours immédiatement puni pour avoir oublié de s'y conformer ; d'abord, et heureusement, les fautes commises en thérapeutique se corrigent souvent d'elles-mêmes, et l'innocuité dans un cas donné d'une erreur ne saurait aucunement la justifier. Ensuite il ne faut pas oublier que, dans la goutte en particulier, le fruit des mauvaises pratiques n'éclot souvent que tardivement.

III. Les maladies chroniques marchent encore d'une manière continue, non pas sans doute sans rémissions et sans exacerbations, ou même sans interruptions, apparentes au moins. Il en est ainsi de la phthisie pulmonaire. Mais il n'est qu'un point de la marche de cette maladie sur lequel il soit nécessaire que j'appelle votre attention.

Quelquefois la phthisie progresse sans s'arrêter, depuis le commencement jusqu'à la fin ; elle peut encore avoir une certaine durée : mais elle n'offre pas de temps d'arrêt perceptible. Ce sont là les phthisies devant lesquelles nous sommes le plus désarmés. Mais le plus souvent on observe des temps d'arrêt. De sorte qu'il y a à considérer, dans la phthisie, des périodes actives et des périodes stationnaires, ou des périodes de progrès et des périodes d'état. Les unes et les autres se rencontrent à toutes les époques anatomiques de la tuberculisation ; et ce que nous appelons périodes d'activité

répond en général aux diverses évolutions des tubercules, formation de la granulation grise, ramollissement du tubercule, élimination des masses tuberculeuses. Seulement, comme il se fait habituellement dans le même poumon une série successive d'éruptions tuberculeuses, ces successions de transformations empiètent les unes sur les autres, et la marche de la maladie est beaucoup plus changeante et compliquée que ne semblait l'indiquer la division classique de la phthisie en trois périodes consécutives.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que la phthisie nous présente, avec plus ou moins de régularité, des époques successives d'activité et de repos, que nous traduisent très-fidèlement et les transformations du tubercule appréciables par l'auscultation, et les exaspérations de la bronchite ou de la congestion pulmonaire, et les symptômes de réaction générale.

Or, si l'art possède, et par l'hygiène et par les agents d'une médication générale, les moyens de combattre avec quelque efficacité la tuberculisation pulmonaire, c'est pendant les périodes de repos de la maladie qu'on peut y recourir avec utilité; nous sommes réduits, pendant les périodes actives, à une médecine purement symptomatique.

L'opportunité de la médication thermale dans le traitement de la phthisie est en rapport exact avec cette dernière proposition.

Une observation, que l'on peut appeler déjà traditionnelle, bien qu'elle ne remonte pas à une époque très-éloignée, a consacré l'appropriation des Eaux-Bonnes au traitement de la phthisie pulmonaire. Et l'expérience nous a appris que c'est très-spécialement aux phthisies qui surviennent chez les scrofuleux et chez les lymphatiques qu'il convient de les adresser. Tous les médecins qui ont écrit sur ce sujet sont d'accord sur ce point, et mon excellent et savant ami, M. Pidoux, est venu appuyer de son autorité cette spécialisation formelle. Mon objet n'est pas de rechercher quelle est au juste la portée de cette médication dans la phthisie pulmonaire. On est d'accord sur ce point, qu'elle ne s'adresse pas au tubercule lui-même, mais qu'elle modifie dans un sens favorable la constitution générale des phthisiques, et qu'elle combat très-directement et très-efficacement et le catarrhe bronchique et les engorgements pulmonaires qui jouent un si grand rôle dans la marche de la maladie.

Mais avec quelque certitude que ces points soient établis, ils ne suffisent nullement à guider dans l'emploi d'une médication extrêmement délicate et périlleuse; et malheureusement l'expérience de nos confrères des Eaux-Bonnes ne leur fournit que trop d'occasions

de reconnaître que beaucoup de praticiens s'en tiennent là, et que la notion de l'opportunité de la médication sulfureuse leur est absolument étrangère.

Or cette opportunité se formule dans une courte proposition :

Ne recourir aux eaux sulfureuses que pendant les périodes stationnaires de la phthisie, que celle-ci se trouve au premier, au second ou au troisième degré ;

Les éviter absolument pendant les périodes d'activité de la maladie.

Si l'on se conforme à cette règle, je ne veux pas dire que l'on trouvera toujours des ressources curatives dans une médication dont la portée n'est que trop limitée vis-à-vis une entité pathologique de cette nature ; mais j'affirme que l'on ne s'exposera pas à ces mécomptes funestes qui ne font que compromettre une médication précédente, et auxquelles il faut s'attendre si l'on ne soumet l'indication à l'opportunité.

IV. Maintenant, ces deux exemples que j'ai empruntés au traitement de la goutte et à celui de la phthisie, devront nous servir de modèles au sujet de l'opportunité du traitement thermal, dans les nombreuses applications que nous trouvons à en faire.

Dans les maladies à manifestations passagères et incidentes, attendez, pour recourir aux eaux minérales, les époques les plus éloignées de ces manifestations.

Dans les maladies à marche continue, appliquez-vous à n'administrer les eaux minérales que dans leurs périodes stationnaires, et tenez-les autant que possible écartées de leurs périodes d'activité.

Sans doute nous devons procéder autrement dans un grand nombre d'applications des autres agents de la thérapeutique. C'est alors que nous avons à faire une médecine purement symptomatique, et nous sommes souvent contraints de nous en tenir là, par la nature des ressources que l'art tient à notre disposition. Mais lorsque nous entendons instituer une médication générale, diathésique ou constitutionnelle, c'est-à-dire combattre une maladie dont la détermination est presque toujours localisée, sur le terrain si fécond et toujours ouvert de l'organisme tout entier, et par l'entremise des grands systèmes organiques, n'attendons-nous pas le plus souvent que les accidents de la *maladie* soient endormis, ou assoupis au moins, pour nous trouver plus librement aux prises avec l'*affection*, suivant l'expression si juste et si significative de l'école de Montpellier ?

Or rien n'est plus éloigné de la médication thermale que l'idée

de médecine des symptômes, plus éloigné du moins de ses actions essentielles, de celles qui président à ses véritables indications.

Les grands caractères de la médication thermale sont représentés par les actions altérantes, et par l'action reconstituante, qui lui appartiennent.

Mais il ne faut jamais oublier que dans toute action thérapeutique, il y a deux facteurs : le médicament lui-même et l'organisme qui le reçoit. Le premier est immuable (la part faite, bien entendu, aux modifications que lui imprime tel ou tel mode d'administration); le second est changeant. C'est pour n'en pas tenir compte qu'on rencontre si souvent dans la pratique des déceptions que l'on s'expliquerait aisément, ou plutôt que l'on s'épargnerait, en réfléchissant aux conditions complexes qui président à tout résultat thérapeutique.

C'est pour cela que l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain, dont je n'entends nullement contester l'utilité restreinte, est une grande cause d'erreur dans la pratique. Elle nous fait concevoir un type imaginaire, qui ne trouve plus avec quoi correspondre dans les espèces et dans les individualités pathologiques.

On cherche, par telle application d'une eau minérale, à exercer sur un organisme perverti ou abaissé une action altérante ou reconstituante. Mais si l'on a méconnu l'instant favorable à cette application, c'est une action perturbatrice que l'on obtient, ou une action exaspérante. On accuse alors la médication, le malade, que dis-je, la nature elle-même, sans songer que la faute est à celui qui méconnaît cette loi, inexorable en thérapeutique comme dans toutes les actions humaines : qu'il n'est point de recherche, de travail, d'effort, de persévérance même, qui n'échoue, si l'on ne tient les yeux opiniâtrément fixés sur l'*opportunité*.

Action thérapeutique de l'ipécacuanha à haute dose.

Par M. PÉCHOLIER, professeur agrégé à la faculté de Montpellier.

Le travail dont je viens soumettre un résumé à l'Académie de médecine est le complément nécessaire de mes recherches sur *l'action physiologique de l'ipécacuanha*. J'ai dû demander à la clinique, seul juge souverain dans les questions de thérapeutique, la confirmation des données que m'avaient fournies mes expériences sur les animaux. Les observations sur lesquelles je m'appuie aujourd'hui ont été prises soit à l'hôpital Saint-Eloi (de Montpellier), dans le service militaire du médecin principal dont j'ai été chargé par intérim, soit dans ma pratique particulière.

Je répète d'abord en quelques mots les principales conclusions de mes expériences physiologiques. Après l'administration de doses variables d'ipécacuanha à des animaux bien portants, j'ai observé :

Une diminution dans le nombre et l'énergie des battements du cœur, dans la chaleur animale, dans le nombre des respirations, dans la quantité de sang affluant au poumon, et enfin dans l'action nerveuse (les nerfs sensitifs étant plutôt paralysés que les nerfs moteurs).

Cette hyposthénisation a pour cachet particulier qu'elle apparaît très-promptement après l'ingestion de l'ipécacuanha et qu'elle disparaît promptement après la suspension de celui-ci.

Mes expériences cliniques ont porté principalement sur des malades atteints de pneumonie, de bronchite aiguë avec fièvre, de bronchite capillaire et d'engonement pulmonaire subordonné à la fièvre typhoïde. Or sur ces malades j'ai constaté d'une manière générale, après l'administration de l'écorce du Brésil :

1° Des envies de vomir et des vomissements qui parfois ont manqué, parfois ne se sont montrés qu'au début ; d'autres fois ont persisté de manière à obliger de suspendre le remède ; et, enfin, dans la plupart des cas où l'ipécacuanha a été administré pendant plus de sept jours, ont apparu ou reparu avec tous les signes d'une intolérance définitive ;

2° Une diminution prompte et plus ou moins considérable dans le nombre des pulsations et des respirations par minute, et dans la température animale ;

3° Une augmentation et une facilité plus grandes de l'expectoration, les crachats devenant dans la pneumonie moins colorés, moins séreux et plus homogènes ;

4° Un amendement dess ignes stéthoscopiques, variable suivant l'espèce de maladie ;

5° L'intégrite à peu près complète des forces radicales pendant que les forces agissantes et la réaction morbide étaient si vivement bridées. C'est ce dont ont témoigné surtout la promptitude et la sûreté de la convalescence.

D'expériences comparatives, soit physiologiques, soit cliniques, faites avec le tartre stibié, j'ai conclu que la contro-stimulation était plus prompte, moins profonde et plus fugace au moyen de l'écorce du Brésil qu'au moyen du sel d'antimoine.

Du reste les effets, que je ne puis que résumer ici très-brièvement, ont éprouvé d'importantes variations, suivant la maladie dans laquelle l'ipécacuanha a été prescrit.

C'est dans les pneumonies que j'ai obtenu les plus remarquables résultats, et surtout dans les pneumonies justement distinguées sous le nom de *catarrhales*, mot que certaines théories aujourd'hui ridicules ont bien pu compromettre, mais qui n'en demeure pas moins le terme distinctif d'une espèce de pneumonie caractérisée par les signes suivants :

Apparition, non dans les grands froids de l'hiver, mais au printemps, époque des transitions brusques de température; frissons erratiques entremêlés de bouffées de chaleur au lieu du frisson intense de la pneumonie inflammatoire ; douleur de côté diffuse et souvent superficielle et non vive, poignante et profonde ; matité moins prononcée; râle crépitant entouré de râles sous-crépitants et sibilants ; souffle tubaire moins métallique ; pouls serré ou large, mais dépressible, etc.

Contre les pneumonies caractérisées par la totalité ou la majeure partie de ces signes, les émissions sanguines et le tartre stibié ne m'ont pas réussi. Je les ai vus trop débiliter les forces. L'ipécacuanha, au contraire, m'a donné de grands succès : résolution prompte survenue deux fois le troisième jour, presque toujours avant ou vers le septième : guérison chaque fois que j'ai été appelé dans la première période.

L'écorce du Brésil m'a également réussi dans les pneumonies bâtardes de la fièvre typhoïde, quoique d'une manière moins constante et moins éclatante.

Ce médicament est insuffisant, au contraire, contre la pneumonie inflammatoire. Il doit être en ce cas précédé de saignées générales et ne vaut pas d'ailleurs alors le tartre stibié.

L'analyse clinique que j'esquisse ici est indispensable. Toutes les pneumonies ne doivent pas être soumises au même traitement. Si aujourd'hui les remèdes les plus efficaces contre ces maladies, voire même la saignée, sont tombés en discrédit, c'est qu'on en a abusé, qu'on les a prescrits dans les cas où ils n'étaient point indiqués, et que les circonstances où ils ont nui ont fait oublier celles où ils ont été utiles. L'analyse clinique est le grand adversaire du scepticisme thérapeutique et de l'expectation proposée comme méthode générale.

Je crois donc pouvoir le répéter, l'ipécacuanha à haute dose est le grand remède des pneumonies catarrhales, et en général de toutes les pneumonies où les forces, sans être complétement en défaut, ne sont pas cependant en grand excès.

Dans la bronchite aiguë avec fièvre, maladie bénigne, l'ipéca-

cuanha hâte la cessation de la fièvre et de la toux, et avance l'époque de la convalescence.

La bronchite capillaire est moins heureusement modifiée par lui que la pneumonie. Cependant, si les avantages de notre médicament sont ici moins grands, ils sont réels; ordinairement il diminue la fièvre, facilite l'expectoration et réduit l'intensité des symptômes stéthoscopiques.

Je dois insister sur le mode de préparation et d'administration et sur la dose de l'ipécacuanha. Ce sont là les circonstances fondamentales du succès.

La moindre dose employée par moi depuis mes expériences physiologiques, a été de 4 grammes par jour pour un adulte; ma dose ordinaire est de 6 grammes. Je me suis élevé parfois jusqu'à 8 et même 10 grammes dans les vingt-quatre heures.

L'ipécacuanha n'a pas été prescrit en poudre, mais en infusion dans 120 ou 150 grammes d'eau. J'ajoute d'ordinaire, comme adjuvant et édulcorant, le sirop de digitale, et comme correctif, pour empêcher ou diminuer les vomissements, le laudanum de Sydenham.

Voici d'ailleurs quelle est ma formule la plus usuelle :

Ipécacuanha concassé.................. 6 grammes.

Faites infuser pendant vingt minutes dans 150 grammes d'eau bouillante.

Passez et ajoutez :

Laudanum de Sydenham.................. 12 gouttes.
Sirop de digitale...................... 30 grammes.

A prendre par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

Si la potion précédente n'est point tolérée, comme cela se voit quelquefois, je pense, sans l'avoir encore essayé, que les injections hypodermiques avec le chlorure d'émétine pourraient être rationnellement tentées.

Avant de finir, je tiens à dire que je n'ai pas la moindre prétention d'avoir découvert les bons effets de l'ipécacuanha contre les maladies aiguës de la poitrine; bons effets qui sont consacrés à Montpellier par une expérience déjà séculaire. Mon rôle a consisté à essayer de préciser d'une manière plus nette l'action physiologique et l'action thérapeutique de l'ipécacuanha, et surtout à avoir été amené par mes expériences à prescrire, — circonstance que je considère comme très-importante, — une dose trois ou quatre fois plus forte que celle dont on se contentait ordinairement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des nouveaux moyens de production du vaccin primitif.

Par M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie.

Il peut être nécessaire ou avantageux de vacciner avec du vaccin primitif dans deux circonstances principales :

1° Lorsque, dans une localité, le vaccin vient à manquer, et surtout lorsque en même temps il y règne une épidémie de variole qui ne permet pas d'attendre sans danger l'arrivée de bon vaccin pour les vaccinations et revaccinations devenues urgentes ;

2° Quand on peut supposer que le virus vaccin s'est affaibli par un grand nombre de transmissions successives et que l'on croit utile de le renouveler en le reprenant à sa source.

Jusqu'à présent il a été fort difficile de se procurer du vaccin primitif pour satisfaire à l'un ou à l'autre de ces besoins, parce qu'on a très-rarement l'occasion d'observer le cowpox sur la vache et de le trouver dans un état tel qu'on puisse l'inoculer avec succès à des enfants. Cette circonstance donne évidemment un grand intérêt pratique aux faits et aux considérations présentés récemment à l'Académie de médecine sur de nouveaux moyens de produire du vaccin primitif. Dans la longue discussion dite *de l'origine de la vaccine* qui vient d'occuper ce corps savant, il a été question de deux moyens de ce genre : 1° puiser le principe du cowpox dans un exanthème spécial, varioliforme, de l'espèce équine, pour le transporter sur la vache et de là à l'enfant ; 2° transmettre la variole humaine à la vache et vacciner avec le cowpox ainsi développé sur cette dernière.

Art. 1er. *Production du vaccin primitif au moyen de l'exanthème du cheval.* — L'exanthème varioliforme du cheval, si bien étudié dernièrement à Alfort, après l'avoir été à Toulouse, avait été indiqué, dès 1802, par un médecin anglais, le docteur Loy, qui avait également constaté sa propriété de donner la vaccine à la vache et à l'homme par l'inoculation. Malheureusement Loy ne vit pas toute l'étendue de sa découverte. Jenner avait dit vaguement que la maladie du cheval qui produisait le cowpox était un mal de jambes avec écoulement, qu'il appelle tantôt *grease*, tantôt *mal des talons*. Loy, voulant vérifier l'opinion de Jenner, reconnut que le liquide des pieds du cheval ne produisait la vaccine que dans certaines conditions, et qu'une de ces conditions était que le mal de

jambes fût *accompagné d'une éruption générale sur la plus grande partie du corps;* mais il continua de rapporter cette affection au *grease,* qu'il se contenta de distinguer en *grease local,* ne produisant pas le cowpox, et en *grease constitutionnel,* c'est-à-dire *général,* seul inoculable et caractérisé par un état fébrile, une marche aiguë et par l'apparition de l'éruption. La maladie du pied, qui n'était qu'une dépendance de cette éruption, resta donc pour lui la maladie principale; il ne prit jamais son virus qu'à la jambe du cheval et ne chercha pas à en savoir plus long sur la nature et les propriétés de l'exanthème qui couvrait le corps de l'animal.

Il est résulté de là une fâcheuse équivoque, qui n'a pas duré moins de soixante ans, du moins en France. On crut, chez nous, que le mot *grease* désignait uniquement les *eaux aux jambes,* maladie du cheval nettement définie et bien décrite, en 1784, par Huzard, mais répondant seulement au *grease local* de Loy. On finit même par perdre de vue l'*éruption* de Loy, quoique de Carro, traducteur de son mémoire, et, plus tard, Husson eussent insisté sur cette particularité, qui, jointe à la propriété spécifique de produire le cowpox, avait même porté de Carro à rapprocher cette maladie du cheval de la petite vérole. Une fois la forme éruptive effacée de la description de Loy, on ne comprit plus rien à son *grease constitutionnel,* et l'on répéta dans les livres sa distinction, sans trop s'inquiéter de ce qu'elle pouvait signifier.

Ce malentendu a retardé d'un demi-siècle la connaissance exacte de la production de la vaccine par le cheval. On le devine en effet, les expérimentateurs qui cherchèrent à constater ce fait s'adressèrent exclusivement à la maladie de Huzard, aux *eaux aux jambes* proprement dites, *grease local* de Loy. Ils échouèrent nécessairement, et on en vint même à douter de l'exactitude des résultats annoncés par Loy et par quelques autres auteurs. Il fallait un grand hasard pour qu'un cheval choisi comme atteint d'eaux aux jambes se trouvât en réalité porteur de la maladie de Loy, avec son éruption caractéristique. Ce hasard se présenta enfin à M. Lafosse, de Toulouse, qui, après avoir précédemment échoué dans ce genre d'inoculation, obtint cette fois un succès complet. Ce savant vétérinaire ne tarda pas à s'apercevoir qu'il n'avait pas eu affaire aux véritables eaux aux jambes, mais à une maladie éruptive particulière : c'était l'exanthème de Loy, oublié depuis longtemps. On ne se prononça pas, à Toulouse, sur la nature de cette affection. MM. Sarrans et Lafosse se contentèrent de la décrire avec soin, en l'appelant provisoirement *vaccinogène,* en raison de sa propriété de

donner naissance à la vaccine, lorsqu'on la transportait sur la vache et sur l'homme.

M. Bousquet, dans son rapport sur les faits observés à Rieumes et à Toulouse, fit ressortir les analogies de cette éruption avec la variole, mais n'en changea pas le nom. M. Depaul affirma, dès ce moment, que c'était la variole même, modifiée seulement par l'espèce animale sur laquelle elle se développe. Il ajouta, — et c'était une conséquence nécessaire de cette première assertion, — que la vaccine n'était elle-même qu'une forme de la variole, ce qui l'a amené plus tard, très-logiquement, à dire qu'il n'y avait dans tout cela qu'une maladie, qu'un virus, le virus varioleux, à divers degrés de force, et qu'à ce point de vue le virus vaccin n'existait pas comme principe distinct.

M. H. Bouley, lors de la discussion des faits de Toulouse, émit une proposition singulière qu'il a abandonnée depuis et que je ne rappelle ici que parce qu'elle le conduisit à une nouvelle découverte. Il pensa que le cheval était par lui-même vaccinogène, et, pour défendre son opinion contre son principal contradicteur, M. Depaul, prit sur un cheval le liquide des vésicules de ce qu'il regardait comme une stomatite aphtheuse et l'inocula à la vache. Il y eut production d'un cowpox avec lequel des enfants purent être vaccinés. Il répéta, varia ces expériences, en y conviant M. Depaul, et ne tarda pas à avouer son erreur en reconnaissant que la maladie équine qui donnait toutes ces vaccines était la même que celle de Toulouse, ou plutôt de Rieumes, un exanthème généralisé, — la variole pour M. Depaul, — se montrant sur la muqueuse buccale comme sur la peau. C'était la première fois qu'on prenait le virus du cheval ailleurs qu'à la jambe. Il y avait là tout un champ d'observations nouvelles. L'école d'Alfort, M. Bouley en tête, ne faillit pas à sa tâche, et il en résulta une connaissance approfondie de la maladie de Loy et de Toulouse, plus commune qu'on ne le croyait d'abord, mais jusqu'alors négligée ou confondue avec la maladie aphtheuse.

Quant à la nature de l'éruption, à la dénomination qu'il convenait de lui donner, M. Bouley, sans s'expliquer sur son plus ou moins de rapport avec la variole, proposa de l'appeler *horsepox*, comme pour exprimer son analogie avec le *cowpox*, qu'elle produit. M. Leblanc, pour mieux rendre la parenté des éruptions varioliformes des animaux, les nomme des *varioloïdes*, et conteste qu'elles soient identiques, soit à la variole de l'homme, soit entre elles.

A l'étranger, plusieurs auteurs, bien avant ces recherches, avaient

déjà signalé l'analogie ou même admis l'identité de la variole, de la vaccine et de l'*équine*. Celui qui a développé cette dernière doctrine avec le plus d'étendue est John Baron, élève et ami de Jenner. Appuyé sur les expériences de Loy et de quelques autres, il avait annoncé en 1827, puis de nouveau en 1838 et 1839, que la maladie du cheval qui produisait la vaccine n'était autre que la variole, qu'elle se manifestait non-seulement au pied, mais encore sur d'autres parties du corps, et que d'autres animaux, tels que la chèvre, le mouton, étaient sujets à la même affection. Le cowpox n'était, pour Baron, qu'une forme très-douce de variole, et il assurait que cette maladie pouvait aussi revêtir, chez le gros bétail, la forme maligne, grave, qu'elle prend chez l'homme.

Le savant vétérinaire Hering, de Stuttgard, a bien affirmé que les éruptions générales de la vache étaient tout à fait différentes du cowpox, qu'on doit les rapporter soit à la maladie aphtheuse, soit au faux cowpox; mais il n'a parlé que d'après ce qu'on a observé dans le Würtemberg. Or, Baron a cité, d'après les journaux de médecine de l'Inde, plusieurs épizooties exanthémateuses graves du gros bétail, dans lesquelles le produit de l'éruption généralisée, inoculé à des enfants, leur a donné la variole. Dans une de ces épidémies, ce fut la vaccine qu'on obtint par l'inoculation, et s'il y a lieu de soumettre ces faits à un examen plus approfondi, il est évidemment impossible de n'en tenir aucun compte.

Ces idées de Baron n'ont pas été remarquées en France avant la dernière discussion académique, quoique le *Traité sur la vaccine* de M. Steinbrenner en fasse mention.

On voit par ce court résumé historique qu'il reste bien acquis à la science que le cheval a sa *picote* comme la vache, ainsi que Dupuy l'avait déjà dit en 1836, sans en donner de preuves suffisantes. C'est là une nouvelle source de vaccin, plus abondante et plus facile à exploiter que le cowpox de la vache.

Quant à la diversité du langage des auteurs, à leurs différentes manières d'interpréter les faits, elles n'ont pas autant d'importance qu'on pourrait le croire. Tous sont d'accord sur ce point, que toutes les éruptions varioleuses ou varioliformes de l'homme et des animaux, sans en excepter la vaccine, présentent de grandes analogies et des différences non moins réelles; seulement les uns sont plus frappés des premières, les autres des secondes. Pour nous, nous ne voyons pas d'inconvénient à se servir du mot générique *variole* pour désigner toutes ces affections exanthémateuses, sauf à reconnaître que telle variole n'est pas exactement la même que telle autre. Cette

terminologie est depuis longtemps consacrée par l'usage. N'a-t-on pas décrit depuis bien des années la variole des oiseaux, du chien, du porc? La clavelée n'est-elle pas appelée *la variole du mouton?* Le nom de *vaccine* lui-même n'est-il pas la traduction abrégée de l'expression latine *variolæ vaccinæ*, qui signifie *variole de la vache?* Pourquoi ne dirait-on pas également *variole du cheval* ou *équine* lorsqu'il s'agit d'un exanthème dont personne ne conteste l'analogie avec les précédents, ainsi qu'avec la variole de l'homme, et qui possède des propriétés si semblables à celles de la vaccine ou variole de la vache?

Ces dénominations ne préjugent rien sur quelques questions qui sont encore le sujet de dissidences véritables, portant sur les choses, et non plus simplement sur les mots. Telle est la question de savoir si la variole est transmissible de l'homme aux animaux, question sur laquelle nous reviendrons dans l'article suivant.

J'ai dit que la variole équine paraissait assez fréquente ; elle peut se montrer sporadiquement ou épidémiquement, et comme elle est contagieuse, il est rare qu'elle n'attaque pas plusieurs chevaux successivement. Il est donc vraisemblable qu'on trouvera aisément l'occasion de la voir, pour peu qu'on se mette à sa recherche, partout où il y a un certain nombre de chevaux. Il est possible qu'elle règne surtout en même temps que les épidémies de variole chez l'homme, de sorte qu'en pareil cas, on aurait en quelque façon le remède à côté du mal. Jusqu'à présent, elle n'a été vue que bénigne, du moins dans toutes les circonstances où elle a été reconnue, et sous cette forme, elle n'a jamais donné que la vaccine ; mais on ignore si, comme l'affirme J. Baron, elle ne pourrait pas éclater aussi sous une forme maligne et donner alors la petite vérole, comme dans les épizooties graves du gros bétail de l'Inde. Il ne serait pas impossible que de semblables épizooties eussent frappé, chez nous, l'espèce chevaline et qu'on les eût rapportées à d'autres affections. Il est clair néanmoins que cette supposition ne saurait embarrasser les praticiens ; car, si elle se réalisait, on ne se méprendrait pas sur la nature et la gravité du fléau.

MM. Sarrans, Lafosse, Bousquet, H. Bouley, Depaul, Reynal, ont trop bien fait connaître les caractères de la variole équine, pour qu'un vétérinaire exercé puisse s'y tromper. Les médecins eux-mêmes seront en état de la reconnaître à sa ressemblance avec la variole humaine, en tenant compte de quelques différences produites par la diversité d'organisation de l'homme et du cheval. C'est surtout sur les parties minces et glabres de la peau qu'ils pourront le mieux

observer la forme des pustules. Ils leur trouveront, sur la muqueuse buccale, à peu près les mêmes apparences que chez l'homme. L'examen des pieds demande plus d'habitude et d'attention, parce que les vésico-pustules y sont moins à nu et s'y altèrent promptement. On découvrira les pustules éparses à la surface du corps et cachées par les poils, comme on découvre celles du cuir chevelu chez l'homme. Les différents états de l'éruption, selon les périodes de la maladie, sont d'ailleurs les mêmes que dans la variole de l'homme.

On ne confondra cette affection ni avec les eaux aux jambes (eczéma impétigineux de MM. Rayer, Reynal, Auzias-Turenne, etc.), qui ne produisent d'éruption qu'aux membres inférieurs, ni avec les boutons de farcin, ni avec les furoncles multiples, dont l'aspect est tout différent. Au dire de Hurtrel d'Arboval, Dupuy aurait pris autrefois une morve aiguë pour une éruption clavéliforme, c'est-à-dire varioleuse ; il faudrait aujourd'hui une grande inattention pour commettre une pareille erreur.

Il est plus difficile de distinguer la variole équine, avec éruption buccale, de la maladie aphtheuse. Ces deux affections se ressemblent tellement, que la première a été souvent prise pour la seconde. Que l'on relise toutes les descriptions de la fièvre dite *aphtheuse*, depuis Huzard père jusqu'à M. Reynal, et l'on y trouvera trait pour trait le tableau exact de la variole du cheval. M. Villatte, qui a publié il y a quelques années une relation des cas de maladie aphtheuse qu'il avait observés, reconnaît aujourd'hui que cette affection n'était autre chose que la variole du cheval. On a vu plus haut que M. H. Bouley a pris lui-même pour des aphthes le premier cas d'éruption varioliforme dont il a inoculé le produit. Aussi M. Depaul a-t-il conclu de ces faits que, tout en conservant le nom d'*aphthes*, comme chez l'homme, pour certaines éruptions bornées à la muqueuse buccale, on ne devait plus admettre la maladie aphtheuse, généralisée, des vétérinaires, qui serait dans tous les cas la variole. Les médecins vétérinaires de l'Académie de médecine persistent néanmoins à affirmer l'existence distincte de la maladie aphtheuse. Ils établissent qu'elle diffère de l'exanthème varioliforme en ce qu'elle est constituée par des vésicules ou même des bulles, au lieu que l'éruption vaccinogène est pustuleuse. Cette distinction, qui semble très-nette en théorie, paraît l'être beaucoup moins dans la pratique ; il y a lieu de craindre qu'elle ne suffise pas pour prononcer avec certitude sur la nature du mal dans un cas donné.

Un seul moyen lèvera tous les doutes dans les cas obscurs : c'est l'inoculation du liquide des vésicules ou pustules à d'autres chevaux

ou mieux à la vache. Il en résultera des pustules vaccinales, si l'on avait réellement sous les yeux la variole équine ; il n'y aura rien de semblable dans le cas contraire.

Pour tirer parti du virus puisé dans les pustules de la variole équine, on pourrait l'inoculer directement à un ou plusieurs enfants, qui le transmettraient à d'autres. Loy, en 1801, a fait cette expérience avec succès ; il a seulement remarqué que l'enfant qui a reçu le vaccin du cheval même a été plus malade que les autres et que ceux qu'il avait vaccinés avec du virus équin ayant passé par le corps de la vache.

D'après un document resté longtemps dans l'oubli et exhumé dernièrement par M. Auzias-Turenne, un médecin français, du nom de Lafont, établi à Salonique (Macédoine), a suivi le même procédé, en 1802 et 1803 ; il a vacciné, au rapport de de Carro, onze cent trente-deux enfants, en portant sur les deux premiers le virus puisé aux jambes d'un cheval atteint d'une affection nommée dans le pays *javart variolique,* parce qu'elle était accompagnée *d'une éruption semblable à la petite vérole.* De même que dans l'expérience de Loy, les deux enfants qui reçurent le virus du cheval eurent *des symptômes de fièvre beaucoup plus forts ;* les inoculations suivantes furent aussi bénignes qu'à l'ordinaire.

Toute la population anglaise de l'Inde, écrivait de Carro en 1826, est *équinée* depuis vingt-cinq ans ; car je lui ai fourni son premier vaccin, qui était le virus d'un cheval de Milan, à sa deuxième génération. A Vienne, ajoutait de Carro, notre vaccin tire son origine, en partie du cowpox anglais, en partie du virus de ce cheval milanais, *sans intervention de la vache ;* il s'est fait un tel mélange, qu'on ne peut plus dire ce qui vient de l'un ou de l'autre animal.

De nos jours, M. Cayrel, à Toulouse, a également vacciné un enfant avec le virus pris sur un cheval, avec cette seule différence que les pustules de cet animal, au lieu de s'être développées spontanément, étaient le produit d'une inoculation faite par M. Lafosse avec le virus d'une génisse à laquelle il avait transmis la maladie d'un autre cheval atteint d'éruption spontanée.

Il existe, en outre, un assez grand nombre d'exemples d'inoculation accidentelle de la vaccine du cheval à l'homme. Les plus célèbres sont ceux qui ont été rapportés par Jenner et par Loy, celui qui a été observé, en 1812, par Tartra et le Comité de vaccine, celui que MM. Manoury et Pichot ont recueilli à Chartres, et enfin le fait de l'élève d'Alfort, dont M. Bouley a entretenu dernièrement l'Académie de médecine. Quoique, dans la plupart de ces circonstances, la ma-

ladie éruptive du cheval n'ait pas été reconnue ni même soupçonnée, elle a dû exister, puisqu'on a pu produire la vaccine en inoculant le liquide des pustules des hommes contaminés. Ces inoculations accidentelles ont ordinairement donné lieu à des symptômes d'affection aiguë assez intenses; mais je ne sache pas qu'aucune d'elles ait eu des suites fâcheuses. Aussi Brisset avait-il proposé, dès 1818, pour renouveler le vaccin, de le prendre au besoin au pied du cheval et de l'inoculer directement à l'homme.

Cependant les professeurs d'Alfort, trop souvent témoins des accidents formidables produits chez l'homme, par l'introduction de divers principes virulents émanés du cheval, ont craint que le virus de la variole équine se trouvât, à l'insu de l'opérateur, mélangé à quelque principe semblable, et ils se sont abstenus de le porter directement du cheval à l'homme. M. H. Bouley ne l'a inoculé à ce dernier qu'en le prenant sur la vache, à laquelle il l'avait préliminairement transmis.

Cette extrême réserve est à imiter toutes les fois qu'on a *le choix*, c'est-à-dire un temps suffisant devant soi et les moyens de mettre en pratique ce double procédé d'inoculation. Mais, en cas de *nécessité*, d'urgence, comme dans une épidémie varioleuse menaçante, où l'on manquerait de vaccin, ou bien si l'on ne pouvait avoir à sa disposition des animaux de l'espèce bovine, je crois qu'on serait autorisé par les faits que j'ai cités à pratiquer l'inoculation directe. Il faudrait seulement, dans ce cas, s'enquérir minutieusement de l'état de santé de l'animal et s'assurer par tous les genres d'exploration qu'il n'offre aucun symptôme de maladie contagieuse autre que la variole.

Je ne m'arrête pas aux procédés de vaccination, qui sont décrits, pour l'homme comme pour les animaux, dans les traités de médecine humaine et de médecine vétérinaire. Je me bornerai à rappeler deux conditions essentielles au succès : l'une est de prendre le virus du cheval ou celui de la vache, comme on le fait pour le vaccin ordinaire, à l'époque où ses propriétés contagieuses sont le plus développées; la seconde est de choisir de jeunes animaux pour leur insérer le virus équin, et de s'assurer, s'il se peut, qu'ils n'ont pas eu déjà une éruption varioliforme, un cowpox, qui les rendrait réfractaires à l'inoculation. L'insertion du virus peut se faire indifféremment dans toutes les parties de la peau et des muqueuses où l'absence de poils, le peu d'épaisseur du tégument rendent l'absorption plus sûre et la pustule plus facile à observer. On peut préférer une région où l'animal ne puisse porter sa langue pour

lécher la piqûre ; mais on a également réussi sans cette précaution.

En définitive, la vaccination avec l'équine, *l'équination*, comme on pourrait l'appeler, n'est pas entourée de difficultés telles qu'elle ne puisse devenir une pratique vulgaire. Elle répond aux deux besoins que j'ai rappelés en commençant, le renouvellement du vaccin et la nécessité de s'en procurer lorsqu'on en est dépourvu. On pourra, en tous lieux, par des inoculations successives sur les animaux, multiplier et entretenir pendant longtemps un premier virus, de manière à n'être jamais désarmé en présence d'une épidémie varioleuse. On aurait seulement le soin d'isoler autant que possible les animaux inoculés, afin de ne pas propager la maladie outre mesure et de ne pas favoriser le développement de véritables épizooties. Si, comme on peut l'espérer, on parvient à inoculer avec succès d'autres animaux domestiques, il deviendra encore plus facile de répandre partout avec eux les germes bienfaisants de la vaccine. On connaît l'infidélité du vaccin, lorsqu'il a été conservé quelque temps dans des tubes ou entre des plaques de verre, et on avait proposé autrefois de vacciner des animaux avec le liquide des pustules vaccinales de l'homme, pour les envoyer au loin porter un virus frais et efficace. Le virus du cheval pourrait être utilisé de cette manière, et transporté outre-mer au moyen d'animaux auxquels on le transmettrait successivement pendant la traversée, quelque longue qu'elle dût être. Les corps de troupes de nos expéditions lointaines seraient, par ce moyen, plus sûrement préservés des ravages de la variole dans les pays où elle est meurtrière ; avec quelques chevaux de cavalerie, quelques têtes du bétail d'approvisionnement, on pourrait aisément pratiquer des vaccinations générales sur les lieux mêmes. Espérons que les précieuses ressources offertes par la variole équine seront largement mises à profit, et qu'elles contribueront puissamment à rendre la pratique de la vaccine plus universelle et à hâter l'extinction de la variole, but constant de tous nos efforts ! (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations sur les gouttes noires anglaises.

Par M. Deschamps, pharmacien de la maison de Charenton.

Depuis fort longtemps les médecins et les pharmaciens cherchent en vain à obtenir des préparations opiacées susceptibles de calmer

les malades, sans leur faire éprouver ces phénomènes physiologiques que l'on désigne sous les noms de *nausées*, de *vertiges* et de *céphalalgies*.

On a dit, depuis longtemps aussi, qu'en traitant l'opium brut par des acides végétaux, tels que l'acide citrique, l'acide acétique, etc., on évitait ces inconvénients. Malheureusement, ce fait n'est pas exact, et il est plus aisé de prouver que ces acides ne modifient pas les propriétés de l'opium, que l'opinion opposée n'est facile à soutenir.

Une préparation, cependant, paraît réunir l'approbation de beaucoup de médecins et de beaucoup de pharmaciens qui ont pu l'étudier, nous voulons parler, on le comprend bien, des gouttes noires anglaises ou américaines qui portent le nom de *black drops*. Mais c'est un remède secret contre lequel sont venus se heurter bien des efforts, bien des propositions.

M. Mayet, pharmacien très-distingué de Paris, a été frappé du grand nombre de formules qui ont été publiées; il les a discutées presque toutes, nous a fait connaître le résultat de ses recherches, et nous a proposé une formule qu'il croit de nature à remplacer parfaitement la formule américaine.

La question des opiacés est tellement importante, au point de vue de la thérapeutique, que nous avons pensé qu'il était utile de prier les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* de nous permettre d'étudier avec eux la formule proposée, et de chercher à découvrir si elle peut donner des gouttes noires identiques aux gouttes américaines.

Pour plus de simplicité, nous allons laisser parler l'auteur, afin de bien connaître sa pensée; puis, nous soulèverons quelques objections qui pourront éclairer la question.

« Prenez, dit M. Mayet :

Opium dur	100 grammes.
Vinaigre distillé	600 grammes.
Safran	8 grammes.
Muscades	25 grammes.
Sucre	50 grammes.

« Pulvérisez grossièrement l'opium, la muscade et le safran; mettez-les dans un ballon avec les trois quarts du vinaigre et laissez en macération pendant huit jours; chauffez au bain-marie pendant une demi-heure, passez, exprimez fortement, et ajoutez sur le marc la quatrième partie du vinaigre. Après vingt-quatre heures de con-

tact, exprimez de nouveau à la presse et réunissez le liquide écoulé au premier produit obtenu; filtrez, ajoutez le sucre et faites évaporer au bain-marie jusqu'à réduction à 200 grammes. La liqueur refroidie doit marquer 31 degrés Beaumé.

« La goutte noire, ainsi préparée, représente la moitié de son poids d'opium ou le quart d'extrait thébaïque, c'est-à-dire que, une partie équivaut à deux parties de laudanum de Rousseau et à quatre parties de laudanum de Sydenham.

« Nous avons préféré le vinaigre distillé à tout autre véhicule, comme présentant une composition toujours identique et offrant plus de garantie pour l'invariabilité du produit.

« Nous conseillons l'évaporation au bain-marie, afin de pouvoir terminer promptement l'opération; l'exposition à l'air libre, pendant un temps très-long, ne présente aucun avantage et offre beaucoup d'inconvénients.

« Nous indiquons d'évaporer jusqu'au poids représentant le double de l'opium employé, parce que l'expérience encore nous a démontré que, dans ces conditions, on obtient un produit ayant la consistance sirupeuse, pesant 31 degrés Beaumé, et présentant tous les caractères que l'on trouve dans la *black drop* des pharmacies anglaises, etc. »

Nous ne partageons pas l'opinion de notre savant confrère sur le vinaigre distillé, nous le considérons, au contraire, comme très-variable. Pour nous, le seul moyen d'avoir un vinaigre constant dans ses effets, un vinaigre qui convienne parfaitement pour faire les préparations pharmaceutiques, c'est de le faire de toute pièce, avec de l'acide pyroligneux distillé pour le priver de l'acide arsénieux, etc. qu'il contient ou peut contenir, et après l'avoir ramené à une densité de 1,060.

Nous ne pouvons pas être de son avis quand il conseille l'évaporation au bain-marie. Pour nous, la difficulté que l'on éprouve à préparer des gouttes noires semblables aux gouttes américaines, n'est pas dans la nature des substances médicamenteuses qui accompagnent l'opium; elle réside entièrement dans le *modus faciendi*. C'est sous son influence seule que les principes actifs de l'opium doivent être modifiés.

Lorsqu'on fait une macération, puis une concentration au bain d'eau, on laisse aux substances qui ont été soumises à ces opérations toutes leurs propriétés : c'est le moyen d'avoir des médicaments qui diffèrent le moins possible des agents desquels ils ont été extraits. Dans le procédé de M. Mayet, l'opium n'a pas plus été modifié

que dans le laudanum [1], l'extrait d'opium, le sirop d'opium, etc., et les gouttes noires préparées ainsi ont positivement des propriétés identiques, toutes choses égales d'ailleurs, à nos préparations opiacées. Ce n'est donc pas, on le voit déjà, la véritable formule des gouttes noires, c'est simplement une formule ajoutée aux autres.

L'auteur américain a parfaitement compris que le seul moyen de modifier les propriétés de l'opium, s'il en existait un, c'était de le dissoudre dans du vinaigre, et d'exposer la solution à l'évaporation spontanée, de manière que l'oxygène de l'air, sous l'influence protectrice de l'acide acétique, pût déterminer l'érémacausie de quelques principes de l'opium. Connaissait-il les principes qui devaient être modifiés ? Non, sans doute. Seulement, il pouvait prévoir qu'il y aurait des modifications, et que c'était le seul moyen de s'approprier cette préparation. Il devait bien penser que les pharmaciens s'occuperaient plutôt des principes constituants que du *modus faciendi*, et qu'ils blâmeraient l'évaporation spontanée.

Nous ne comprenons pas pourquoi l'auteur de la nouvelle formule a recommandé de concentrer la solution des principes solubles des substances employées, de manière que le produit de la concentration fût double de l'opium employé, puisqu'il ajoute que les gouttes noires doivent affleurer le 31e degré de l'aréomètre de Beaumé. De deux choses l'une, ou c'est le poids du produit qui indique la véritable concentration, ou c'est l'aréomètre. Pour nous, c'est le poids du produit qui est le véritable indicateur, et il ne peut pas y en avoir d'autre. Le degré aréométrique n'a aucune valeur, non-seulement parce que les aréomètres, comme nous l'avons prouvé dans notre travail sur les teintures, sont de mauvais instruments, nullement comparables entre eux, etc., mais parce que les pharmaciens pourraient être très-embarrassés. Supposons, et cette supposition est parfaitement admissible, puisque les substances médicamenteuses employées ne sont pas des composés définis, supposons, disons-nous, qu'un pharmacien ait terminé cette préparation à l'aide d'une balance et que son aréomètre indique 29, 30, 32, 33 degrés, que fera-t-il ? Concentrera-t-il ou étendra-t-il ses gouttes noires ? Assurément non, puisque deux parties de liqueur doivent représenter une partie d'opium. Alors, comme nous le disions, l'indication aréométrique est inutile, et complétement inutile, puisqu'elle ne peut même pas être une opération de contrôle. Le densimètre,

[1] Il n'y a qu'un laudanum, le laudanum de Sydenham ; on dit, et l'on doit dire opium de Rousseau.

ou la densité, dans ce cas, ne serait pas plus utile. En effet, quand on décrit les propriétés des corps, on prend leur densité, parce qu'ils sont purs, parce que les liquides bouillent à une température constante, et parce qu'il est toujours facile de les ramener au même état de pureté. Lorsqu'il s'agit de liquides dont la composition est variable, la densité peut se prendre; mais elle n'a qu'une valeur conditionnelle, valeur qui n'est pas la même avec les aréomètres, puisque l'aréomètre de l'un ne ressemble pas à l'aréomètre de l'autre : le point de départ de la graduation n'étant pas constant.

Maintenant que nous avons fait connaître notre opinion sur la nouvelle formule des gouttes noires, et que nous avons prouvé que c'était simplement une nouvelle formule ajoutée à celles qui existaient déjà, disons ce que nous aurions fait si nous avions étudié cette préparation.

Nous n'aurions pas supprimé la levûre de bière. Quel rôle jouet-elle ? Nous ne pouvons l'indiquer ; mais c'est une préparation galénique que l'on fait, et la levûre n'est peut-être pas inutile. L'action des ferments est tellement compliquée aujourd'hui, que le doute est permis.

Le vinaigre que nous aurions choisi eût été préparé avec de l'acide pyroligneux rectifié, ramené à une densité de 1,060 et composé de une partie d'acide et huit parties d'eau. Nous aurions préféré ce liquide aux autres acides végétaux, parce qu'il est stable, et parce qu'il peut être conservé très-longtemps au contact de l'air, sans éprouver d'altération. Les autres acides organiques se décomposent promptement et ne peuvent les remplacer.

Nous aurions, avant tout, dosé notre opium, afin de savoir si la morphine qu'il contenait avait été altérée pendant la préparation.

Voici la formule que nous aurions proposée :

Opium brut desséché et râpé, contenant 10 pour 100 ou tant de morphine.......	100 grammes.
Muscades...........................	20 grammes.
Safran.............................	10 grammes.
Sucre..............................	50 grammes.
Levûre de bière....................	20 grammes.
Vinaigre préparé, comme nous l'avons indiqué............................	600 grammes.

Introduisez l'opium, les muscades et le safran dans un ballon, pesez 400 grammes de vinaigre et laissez macérer pendant dix jours. Passez, exprimez, et faites avec le résidu et 200 grammes de vinaigre une seconde macération. Passez dans le linge qui a déjà

servi, exprimez. Faites dissoudre le sucre, délayez la levûre, versez le tout dans une capsule tarée, couvrez-la avec une feuille de papier à filtrer, placez-la dans un endroit sec, de manière que l'évaporation soit très-lente et que la liqueur se réduise à 200 grammes, et filtrez.

Un gramme représente les principes solubles de 50 centigrammes d'opium brut, de 10 centigrammes de muscade et de 5 centigrammes de safran.

Cette formule, nous allons l'exécuter et suivre la marche de l'opération. Nous noterons les modifications que nous pourrons découvrir, et nous la soumettrons à l'étude chimique et à l'expérience clinique lorsqu'elle sera terminée. Si nous pouvons avoir des gouttes anglaises, nous les étudierons comparativement.

Un mot sur les bouteilles maculées de corps gras. Observation de pharmacie pratique.

Cette maxime de Confucius : « Pour commander, il faut savoir faire, » a été inscrite, dans le siècle dernier, au-dessus de la porte du laboratoire de quelques apothicaires : c'est qu'à cette époque la science de préparer les drogues et de pourvoir à tous ces mille détails qu'entraîne cette préparation, n'étaient pas ignorés par chacun; tandis qu'aujourd'hui nos pharmaciens bacheliers croiraient déroger à leur dignité s'ils s'occupaient de ces riens de manipulations économiques, qui, se renouvelant chaque jour dans une officine, constituent à la fin de l'année une valeur réelle, une perte notable.

Les bouteilles vides sont une épave de la maladie ; dans beaucoup de familles elles deviennent le bénéfice des domestiques, et pour cette cause on les rapporte exactement au lieu d'où elles sont sorties. Si l'on fait observer que ces bouteilles sont grasses, qu'elles sentent l'huile de foie de morue, le musc, la valériane, le copahu, l'assa fœtida, on vous répond invariablement : « Vous les avez fournies, vous devez les reprendre. » Pour ne pas perdre un client, le pharmacien les accepte.

Que deviennent ces bouteilles dans le laboratoire ? La personne chargée du soin de les laver, ne sachant comment s'y prendre, les brise; le lendemain elles vont remplir la hotte du chiffonnier.

Bien des procédés sont employés pour nettoyer les bouteilles qui ont servi. Avant de les soumettre à la lessive, on en fait un tri, car les bouteilles grasses ne se nettoient pas de la même manière que celles qui sentent le musc, le castoréum, ou qui ont contenu du sous-acétate de plomb; d'ailleurs leur aspect permet de reconnaître la nature du liquide qu'on a mis dedans.

Le moyen suivant est très-bon pour nettoyer les bouteilles grasses, ainsi que celles qui ont une odeur d'huiles essentielles; il est moins dispendieux que l'emploi de la potasse, de la soude, de la chaux, des acides, plus commode que la cendre, le papier non gommé : il consiste à mettre dans la bouteille à nettoyer quelques cuillerées à bouche de sciure de bois de chêne, et un peu d'eau ordinaire, la plus chaude possible, puis on agite quelques secondes : on rejette ce mélange, et on en remet encore une ou deux fois, s'il en est besoin, puis on passe la bouteille à l'eau ordinaire pour en compléter le lavage.

Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Exposé d'une méthode thérapeutique applicable au choléra épidémique.

Avant de formuler nos idées sur le traitement du choléra épidémique, nous croyons devoir rappeler les symptômes caractéristiques de cette affection, et présenter aussi quelques réflexions sur sa cause et sur sa nature. Ces considérations préliminaires, d'ailleurs succinctes, nous paraissent non-seulement liées à notre sujet, mais encore nécessaires.

Le choléra épidémique présente deux périodes bien distinctes. La première, dite période *algide*, constitue le choléra proprement dit; la seconde, appelée période *de réaction*, est le choléra transformé. Chacune de ces deux périodes réclame des indications thérapeutiques qui leur sont propres.

Les symptômes *caractéristiques* du choléra, dans la période algide, sont les suivants : faiblesse générale, petitesse et lenteur du pouls; douleurs vives dans différentes parties du corps, surtout au centre épigastrique, crampes; vomissements bilieux, déjections bilieuses ou de couleur blanchâtre; suppression de la sécrétion urinaire; réfrigération et cyanose. Dans cette période, la face a un aspect cadavéreux; toutes les fonctions, excepté celles de l'intelligence, sont plus ou moins perverties. Dans quelques cas, l'agent cholérique frappe avec la promptitude de la foudre, d'où cette expression de choléra foudroyant.

Quelle est la cause du choléra ? Elle consiste, très-probablement, dans une constitution atmosphérique spéciale, mais, disons-le de suite, elle est inconnue; la science n'a encore rien découvert à ce sujet. Son action paraît être en raison inverse de la vitalité individuelle, aussi les personnes âgées succombent-elles plus vite que

les autres. Quand le choléra sévit sur une population, il est à remarquer que le plus grand nombre des individus qui la composent résistent à sa cause délétère, que d'autres ne ressentent qu'une perturbation nerveuse à divers degrés, et que d'autres, enfin, éprouvent des troubles fonctionnels plus ou moins sérieux et pouvant entraîner la mort. L'ébranlement nerveux, toujours primitif, quand on y regarde de près, tend à démontrer que la cause agit immédiatement sur le principe qui anime les êtres vivants. Dans ce fait il y a une révélation.

Nous n'avons point à examiner ici les différentes hypothèses sur l'étiologie du choléra, cela n'entre pas dans notre plan. Et puis, comme le dit Cabanis, « pour étudier l'état sain et l'état malade, pour suivre la marche et le développement de telle ou telle maladie en particulier, nous n'avons pas besoin de connaître l'essence de la vie, ni celle de la cause morbifique, l'expérience et le raisonnement nous suffisent ; il ne faut rien de plus. »

Si nous ignorons la cause du choléra, il est vrai de dire que nous ne sommes pas plus avancés relativement à sa nature : en effet, pour ceux-ci, c'est une phlegmasie, pour ceux-là, une inflammation spécifique ; pour quelques-uns, c'est une névrose ; pour d'autres, c'est une asphyxie, etc. Ainsi, des hypothèses partout ; de la certitude nulle part. — Et cependant, quand on veut appliquer un remède à une maladie sérieuse et grave, il serait bien à souhaiter que l'on pût se former une idée de cette maladie, à moins que, restant en dehors de la science, on ne s'effraye pas de marcher à l'aventure. Comme, dans cet écrit, nous avons pour but de formuler une méthode de traiter le choléra épidémique, et que nous pensons qu'il est sage de chercher à se rendre compte des faits, bien qu'on n'y arrive pas toujours, nous essayerons de dire ce que nous croyons être la nature de cette maladie, au risque de tomber, comme bien d'autres, dans le domaine des hypothèses.

Quand une cause morbifique se trouve en contact avec l'économie vivante, elle peut agir de deux manières : ou elle frappe les organes et les altère dans leur structure, ou bien elle atteint les sources de la vie sans laisser aucune trace visible, ainsi que cela se remarque dans les fièvres dites *essentielles*. Or, comme, dans le choléra épidémique, l'examen le plus minutieux, *post mortem*, ne découvre aucune trace de lésion organique [1], nous sommes conduit à admettre

---

[1] Dans le choléra qui existe depuis longtemps et qui se termine par la

que la cause inexpliquée du choléra porte tout d'abord et exclusivement son action sur le principe de la vie. De là cette conclusion : le choléra consiste primitivement dans une lésion du principe vital. A la vérité nous ne faisons que constater ainsi une inconnue, puisque nous ignorons ce qui constitue l'essence de la vie. Mais si nous ignorons cela, nous connaissons les propriétés par lesquelles elle se révèle et nous savons que ces propriétés peuvent être modifiées à différents degrés, en plus ou en moins. Nous pouvons donc, sachant cela, représenter l'harmonie vitale ou la santé par l'unité; la modification vitale en plus ou avec excès par l'unité, plus une fraction; et la modification en moins, par une fraction.

Cette base posée, nous disons : la logique nous a conduit à établir que le choléra consiste primitivement dans une lésion du principe vital ; mais, de plus, il est à noter que, dans cette affection, les propriétés vitales ne sont pas modifiées dans le sens de l'excès ; car, au lieu du froid, nous observerions de la chaleur ; au lieu de la pâleur, nous verrions de la rougeur ; au lieu de la faiblesse, nous constaterions de la force ; au lieu de la lenteur du pouls, il y aurait de la fréquence, etc., etc. Nous sommes donc autorisé à conclure que, si l'harmonie vitale est détruite et que si les propriétés vitales ne sont pas modifiées en plus, il faut qu'elles le soient en moins. Donc, encore, le choléra est une lésion vitale de nature asthénique ; de là il résulte que si la connaissance de la nature intime de la cause nous échappe, nous n'en sommes pas moins fondé à dire qu'elle agit en déprimant la vie ; et c'est là une chose capitale, car peu nous importe que cette cause soit un miasme, un animalcule, une action tellurique, électro-magnétique, etc., si nous sommes armé de moyens efficaces pour combattre les effets morbides. En définitive, pour nous, le choléra épidémique est une *maladie générale qui consiste primitivement dans une lésion vitale de nature asthénique et déterminée par une cause inconnue* (1). Et pour rendre notre pensée d'une manière encore plus nette et plus simple, nous dirons que le choléra n'est autre chose qu'une dépression de la vie, qui entraîne à sa suite tous les phénomènes effrayants que nous connaissons.

---

mort, on peut trouver des désordres organiques qui sont le résultat de la durée de la maladie, mais dans le choléra qui dure peu, et surtout dans celui qui est foudroyant, on n'en trouve aucune.

L'altération des sécrétions, de même que leur suppression, dépend entièrement d'un trouble fonctionnel.

(1) Cette définition, s'appliquant seulement à la période algide, sera complétée après l'étude de la deuxième période.

Si cette définition est juste, nous le répétons, peu nous importe la connaissance de la cause : en effet, si le choléra est primitivement une lésion de la vitalité, le traitement doit tendre à rétablir l'harmonie; et si, de plus, la lésion est de nature asthénique, évidemment il doit consister à donner, à ajouter aux forces vitales ce qui leur manque pour rétablir l'harmonie. Il doit consister à ramener la fraction à l'unité.

Ainsi soutenir, ranimer, exciter les forces vitales prêtes à défaillir; appeler la réaction, la favoriser par tous les moyens hygiéniques, diététiques et médicamenteux doués de cette vertu, et en même temps calmer les perturbations nerveuses par des agents appropriés, telle est, selon nous, la seule manière de traiter efficacement le choléra dans la période algide. Ce *modus faciendi* constitue ce que nous proposons de nommer : une *méthode thérapeutique rationnelle*. Quant aux moyens [1] de la méthode, ils doivent être choisis exclusivement parmi les toniques, les excitants et les antispasmodiques.

Tous les traitements débilitants, y compris les vomitifs, les purgatifs et surtout les émissions sanguines générales ou locales, doivent être repoussés comme favorisant *fatalement* la mortalité, par cette raison sans réplique, qu'au lieu de venir en aide à la puissance conservatrice, ils viennent ajouter leur action à la force désorganisatrice. Les opiacés sont nuisibles, parce qu'ils paralysent l'action nerveuse. Si des cholériques soumis à ces traitements empiriques et irrationnels se sont rétablis, cela tient uniquement à ce qu'ils étaient doués d'une force réactionnelle suffisante pour lutter contre le mal et contre le remède. Livrés à eux-mêmes, ils auraient recouvré la santé plus promptement. La méthode que nous proposons *seule* renferme tous les éléments de salut, parce que *seule*, en ajoutant sa puissance à celle de la nature, elle laisse *entières* les chances de rappeler à la santé tout cholérique susceptible d'y être *rappelé*. Cette proposition demande à être expliquée.

De même que nous avons représenté l'harmonie vitale par l'unité, de même nous représenterons encore la puissance vitale individuelle par l'unité. Nous savons que cette puissance varie selon les individus et les circonstances, et nous pouvons admettre que, de même qu'une corde est susceptible d'un degré de tension en dehors duquel elle casse, de même il existe une limite au delà de laquelle

---

[1] Je ne les indique pas en détail, me bornant, dans ce travail, à faire l'exposé d'une méthode.

la puissance vitale peut s'éteindre incontinent. Exemple : X et Y sont frappés par la foudre au même moment, de la même manière et avec la même intensité. Tous les deux sont asphyxiés, mais tous les deux ne meurent pas : X revient à la santé, Y succombe. Evidemment, la puissance vitale de X avait offert une résistance supérieure à l'action du choc électrique, le contraire avait eu lieu pour Y. Quoique la puissance vitale varie, nous pouvons la fixer arbitrairement. Eh bien ! supposons que la puissance vitale de B puisse être déprimée jusqu'à cinq dixièmes sans danger de mort, et ensuite que B soit atteint du choléra, il est clair, il est certain que, tant que la dépression vitale ne sera pas au-dessous de cinq dixièmes, il y aura des chances de rappeler B à la santé; et que ces chances seront d'autant plus grandes, que la puissance vitale s'éloignera moins de l'unité. Mais si, par une raison ou par une autre, cette puissance venait à tomber au-dessous de cinq dixièmes, B succomberait inévitablement. Tous les traitements, quels qu'ils fussent, seraient appliqués inutilement. B serait dans le cas de Y asphyxié par la foudre.

Ainsi donc il y a des cas dans lesquels les cholériques sont condamnés à mourir, la nature *seule* ou *aidée* étant vaincue ; il y a des cas dans lesquels la nature seule demeure victorieuse, les livres en fournissent des exemples ; enfin il y a des cas dans lesquels la nature succomberait, si la science et l'art ne lui venaient en aide. Mais de quelle manière lui venir en aide ? La solution de cette qnestion nous paraît facile. En effet, comment meurent les cholériques dans la période algide ? Ils meurent, sans contestation possible, à la manière des asphyxiés par la foudre ou par un gaz toxique, c'est-à-dire par une dépression vitale subite ou graduée. S'ils meurent ainsi, il devient évident que la seule manière de maintenir et d'augmenter les chances de guérison est d'agir, dans le sens de la réaction, par les toniques et les excitants. C'est le but que remplit la méthode que nous proposons. Nous savons parfaitement que cette méthode appartient à tout le monde et qu'elle a été mise en usage par un grand nombre de médecins ; mais jusqu'ici elle n'a pas été, que nous sachions, formulée d'une manière scientifique ; et puis, disons-le, appliquée dans la période algide, par une espèce de sentiment instinctif, elle a été très-souvent annulée dans ses bons effets par un traitement mal entendu, mal dirigé dans la deuxième période, ainsi que nous allons le démontrer, en jetant dès à présent un coup d'œil sur cette période.

La seconde période du choléra commence quand la période algide

finit. Nous l'avons déjà dit, le choléra se transforme. On observe alors des symptômes diamétralement opposés à ceux que nous avons signalés dans la première période, le froid fait place à la chaleur, la pâleur à la rougeur, la faiblesse à la force, le pouls s'accélère, se remplit, etc., la maladie revêt l'apparence d'une fièvre inflammatoire.

Dans cette période, dite *de réaction*, la puissance vitale, déprimée il y a un instant, revient d'abord à l'unité, puis souvent elle la dépasse de beaucoup et d'une manière variable selon les individualités. Le nom seul de cette période, réaction, en donne la définition. Ce mot, ajouté à la définition que nous avons donnée à propos de la période algide, complète la définition du choléra épidémique.

Si un grand nombre de malades succombent dans la première période du choléra, beaucoup succombent également dans la seconde, ce qui, rationnellement, ne devrait pas être. Nous attribuons la plupart des insuccès dans la deuxième période à l'abus, nous dirions presque à l'usage des émissions sanguines, à l'application de la glace sur la tête et probablement aussi à une diète trop prolongée. Sans doute, dans certains cas, la réaction est violente; elle est d'ailleurs d'autant plus vive, que la vie a été plus déprimée dans la période algide. Il semblerait logique de suivre, dans le traitement, une marche opposée à celle tracée dans la première période; et de même que, dans cette période, nous proposons d'avoir recours aux toniques et aux excitants pour ramener à l'unité la puissance vitale déprimée; de même il pourrait paraître rationnel, dans la réaction, de recourir aux débilitants de toute espèce pour ramener également à l'unité les propriétés vitales exaltées outre mesure. Mais combien, selon nous, la mission du médecin est plus délicate, plus difficile à remplir dans la période réactionnelle que dans la période algide! Dans la période algide, il n'y a pas à hésiter; il n'y a qu'une chance de salut; il faut ranimer, soutenir les forces vitales, en un mot, appeler la réaction à tout prix, car, sans réaction, il y a mort! Mais dans la deuxième période, dans laquelle la nature tend d'elle-même à la guérison, il faut un tact médical exquis pour juger quand il convient de lui venir en aide. Souvent il arrive que, par trop d'empressement, le but est dépassé, et alors le malade tombe dans un collapsus dont il ne se relève plus! Il y a, selon nous, une erreur qu'il serait important de détruire : c'est cette croyance dans laquelle sont bon nombre de médecins, que les congestions et les inflammations accompagnent nécessairement (dans les cas graves) la période de réaction. Ces idées médicales font insister sur les saignées, et c'est là un

grand mal, car en cherchant à combattre une chimère on court risque d'enlever à la nature tout ou partie de sa force médicatrice. Selon nous, il n'y a ni congestion ni inflammation; il y a simplement stagnation des fluides. Expliquons notre pensée.

Dans la période algide, l'action organique diminue en raison directe de la puissance de la cause morbifique. Il en résulte que les différents fluides circulent d'abord plus lentement, plus difficilement; et ensuite que, en vertu d'une loi naturelle, la circulation vient même à cesser complétement dans les capillaires de certaines régions du corps; d'où, en définitive la stagnation partielle du sang et des autres fluides. Quand la réaction arrive, les organes reprennent leur jeu et la circulation tend à se rétablir. Si cette réaction était progressive, il n'y aurait pas de troubles fonctionnels en sens inverse de ceux que nous avons signalés dans la période algide. Mais comme cela n'a pas lieu généralement et qu'il est difficile au médecin, pour ne pas dire impossible, de régulariser la réaction, il en résulte que, quand cette réaction est forte et brusque, il s'établit une lutte violente. De là la rougeur, la chaleur, l'agitation, la fièvre, etc. Ces phénomènes ne sont pas produits par un élément inflammatoire ou congestif, mais simplement par la molécule en mouvement qui tend à déplacer une molécule primitivement stagnante, qui tend à la mobiliser. Il en est ainsi de proche en proche; c'est la nature qui cherche à rétablir l'équilibre pour arriver de nouveau à l'harmonie vitale. Elle ne peut y arriver tout d'un coup, de là ces orages qui ne peuvent, à leur tour, se calmer qu'à l'aide du temps. En pratiquant des émissions sanguines, ou en appliquant d'autres moyens débilitants, on ne détruit pas l'obstacle qui s'oppose au rétablissement de la circulation, mais on diminue la force qui pourrait vaincre cet obstacle. Il en est de même de l'application de la glace sur le crâne (employée assez fréquemment lorsque le malade *paraît* être atteint de fièvre cérébrale ou typhoïde), elle doit favoriser la stagnation des fluides au lieu d'activer la circulation cérébrale. Son emploi, de cette manière, nous semble donc dangereux.

Nous venons d'exposer notre théorie; voici l'idée pratique que nous en déduisons : nous pensons que la réaction est un effet salutaire des efforts de la nature, nous la regardons, à bien dire, comme le commencement de la guérison du malade que le choléra a frappé. Il importe donc beaucoup de la respecter, d'observer sa marche avec le plus grand soin, afin de la modérer, de la régler avec *prudence*, si l'indication se présente d'une manière nette et positive. Nous croyons que c'est une des circonstances dans lesquelles la médecine

expectante doit produire les meilleurs résultats. Si, dans la période algide, il est indispensable d'avoir présent à l'esprit cet aphorisme de Brown : « La vie s'entretient par les excitants, » dans la période de réaction nous ne disons pas : Il ne faut rien faire d'une manière absolue; mais nous disons : Il faut observer et savoir attendre. Savoir attendre avec *intelligence*, tel est le secret qui conduira au succès.

Ce que nous proposons de faire pour traiter le choléra épidémique, cette maladie si grave et si effrayante pour les populations, est bien simple, et cette simplicité pourra faire sourire. Et puis venir dire, après tant de médecins savants et illustres qui ont écrit sur la matière sans laisser une indication positive, qu'il n'y a qu'une *seule méthode rationnelle* de traiter le choléra dans la période algide, hors laquelle il y a peu de chances de salut; et que l'*expectation intelligente* est la meilleure, sinon la seule conduite à tenir dans la période de réaction, pourra paraître bien osé et bien prétentieux. Nous ne nous dissimulons pas cela, mais nous avons écrit sous l'influence de ce que nous avons observé pendant les deux dernières épidémies qui ont sévi sur la population parisienne, et, après mûres réflexions, nous avons pensé qu'une conviction qui, dans son humble expression, a pour but le bien de l'humanité, ne doit pas, dût-elle être dans l'erreur, reculer devant la crainte de la critique.

Dr Neboux,
Chirurgien-major de la marine en retraite.

BIBLIOGRAPHIE.

Chimie appliquée à la physiologie animale, à la pathologie et au diagnostic médical, par M. P. Schutzenberger, docteur ès sciences, docteur en médecine, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, professeur de chimie à l'Ecole supérieure des sciences et à l'Ecole professionnelle de Mulhouse.

Lorsqu'un ouvrage comme celui-ci, sévère dans sa méthode comme la science contemporaine, et vaste comme elle dans ses aspirations vers le progrès, vient à nous tomber sous la main, nous ne pouvons nous défendre d'un retour vers un passé qui n'est pas loin, et aux mamelles duquel nous avons puisé une science heureusement oubliée. Que nos contemporains, ceux qui ont dépassé de quelques années un demi-siècle, se rappellent ce qu'on nous enseignait il y a quelque trente ans sous le nom de physiologie, et qu'ils le comparent avec ce qu'est aujourd'hui cette science, et nous

nous persuadons qu'ils n'y verront guère qu'une mythologie triste, un véritable rêve en dehors de la réalité, une variété de l'hypnotisme. Relisez à ce point de vue, si vous en avez le courage, Adelon, Richerand, au sortir du Collége de France, de la Sorbonne, ou de la Faculté de médecine de Paris, et vous verrez que tout n'est pas métaphore dans ce que je viens de dire, et que la vérité s'y masque tout au plus sous une forme un peu exagérée. En exaltant ainsi la science contemporaine, en nous montrant aussi sévère sur la science du passé, est-ce à dire cependant que celle-là, dans ses affirmations doctrinales, dans ses conquêtes positives, et qui se traduisent en immuables vérités, dépasse de beaucoup celle-ci? Hélas, malheureusement! non. Si l'on excepte un assez grand nombre de faits de détail d'une plus ou moins grande portée, que de lacunes, que de desiderata encore dans la science de la vie, je ne dis pas seulement dans la science de la vie en général, ou la biologie, mais dans le côté de cette science qui regarde exclusivement l'homme! Le progrès, car il est réel, car il est immense, n'est donc pas principalement dans la découverte de vérités larges, fécondes, qui nous laissent entrevoir le fond des choses, mais bien plutôt dans l'expurgation d'erreurs séculaires, dans l'institution de méthodes sûres, qui doivent conduire l'esprit humain aussi loin qu'il peut aller dans l'intelligence de la nature vivante. La conscience claire de nos ignorances est le premier degré d'une science réelle.

La lecture du livre de M. Schützenberger nous jette, malgré qu'on en ait, dans ce courant d'idées. La vanité de la science d'hier s'y montre à chaque pas d'une invincible critique, mais la science d'aujourd'hui et de demain ne s'y montre encore qu'à l'état crépusculaire; la lumière pleine, entière, à laquelle aspire l'esprit n'y apparaît qu'à l'état de lueurs intermittentes. Esprit droit autant que ferme dans ses convictions, le savant professeur de chimie ne surfait rien dans les conquêtes réelles d'une des applications les plus élevées de la science dont il s'occupe, il pressent bien plus souvent encore la vérité qu'il ne l'affirme. A lire attentivement l'ouvrage du médecin distingué de Strasbourg, il semblerait d'abord que, chimiste avant tout, il apporte dans l'étude des applications qui font le sujet exclusif de son livre les préjugés ordinaires à ceux qui passent brusquement de la science des actions moléculaires et des conditions dans lesquelles ces actions peuvent se produire, à la science de la vie; mais une lecture plus attentive permet bientôt de réformer ce jugement. La vie crée des conditions nouvelles pour la matière, dès que celle-ci est entrée dans le tourbillon de la vie; ces conditions

n'annihilent pas ses affinités naturelles, mais elles les modifient, les limitent ou les étendent. Ecoutons, du reste, l'auteur lui-même, qui exprimera mieux que nous ne le ferions nous-même sa pensée sur cette question délicate. « En résumé, dit-il, sans renier les doctrines vitalistes, nous ne voulons pas faire la part trop belle à cette force occulte des êtres vivants. Il nous semble qu'entre les deux opinions opposées, dont l'une veut exclure complétement la force vitale des phénomènes de l'organisme, dont l'autre veut opposer une barrière infranchissable aux progrès de la synthèse chimique, il y a place pour une manière de voir moins exclusive. Nous ne croyons pas que la force vitale ait puissance sur la matière pour changer, contrebalancer, annuler ses affinités naturelles ; nous nous rappelons que l'affinité n'est pas une force absolue, qu'elle se modifie d'une foule de manières dès que les circonstances qui enveloppent les corps varient, et nous cherchons les différences entre les réactions de l'organisme et celles du laboratoire, dans les conditions spéciales qu'il sait seul réaliser. »

Nous ne ferons qu'une remarque sur ce passage : nous regrettons qu'on y ait désigné sous le nom de *force occulte* la force propre des organismes vivants : cette expression sent quelque peu le fagot dans l'école dont M. le docteur Schützenberger semblait tout à l'heure se rapprocher : nous aurions préféré qu'il n'eût point employé ce mot. Ce n'est pas que, pour nous, il nous gêne le moins du monde ; bien au contraire. Force occulte ! Mais les forces les mieux définies de la physique, de la chimie ont d'abord été des forces occultes ; l'astrologie, la magie, l'alchimie, l'art spagirique ne connaissaient que ces forces, et l'évolution de la science n'a fait que convertir en notions positives ces pressentiments de la science hermétique. Quand l'expérience vous démontre la décomposition de l'eau oxygénée par le noir de platine ou le péroxyde de manganèse, lorqu'on étudie optiquement des solutions de plus en plus concentrées d'acide tartrique dans l'eau, on voit que le pouvoir rotatoire spécifique de l'acide croît proportionnellement à la quantité pondérable du corps inactif. Vous voyez là ce qu'on appelle des actions de présence, soit ; mais la force qui modifie ici les lois ordinaires des mutations de la matière, est-elle moins occulte que l'influence du sperme sur l'ovule, dans l'acte de la procréation : quand nous verrions dans ce cas une autre manifestation de l'action de présence, est-ce que ceci éclairerait beaucoup le mystère de la génération ? N'ayons pas deux poids et deux mesures, n'exigeons pas plus de la physiologie que de la physique et de la chimie : il y a là partout une foule de choses qu'on

ne sait pas, mais dont on est sûr, pour répéter un mot de l'illustre Royer-Collard.

L'ouvrage de notre savant confrère n'est guère susceptible d'être analysé ; il y faudrait consacrer un nombre de pages incompatible avec l'économie du *Bulletin général de Thérapeutique*. Dans l'impuissance où nous sommes d'énumérer seulement les faits soit de l'ordre physiologique, soit de l'ordre pathologique, dont M. Schützenberger s'efforce de démontrer les rapports avec la science des actions purement moléculaires, nous nous contenterons d'indiquer à nos lecteurs quelques-unes des principales parties de cet ouvrage intéressant qu'avec notre esprit curieux et bien désintéressé dans de telles questions nous avons lues avec plaisir et profit tout à la fois. Nous parlions tout à l'heure des actions de présence et du pouvoir rotatoire spécifique de certains corps : bien que nous eussions aimé que le but que se propose surtout M. Schützenberger lui eût permis de s'étendre davantage sur ces questions, qui piquent à un si haut degré la curiosité de tout homme désireux de s'instruire, nous ne laisserons pas que de signaler ces chapitres à l'attention de nos lecteurs. Les faits de cet ordre sont peu nombreux encore, mais ils attestent par la fixité de la loi qui les gouverne une force *occulte* dont on désire pénétrer le mystère. Il en est de même de la fermentation, à laquelle se rattache implicitement la question fort controversée, mais résolue pour nous, et dans un sens nettement négatif, de l'hétérogénie. Le professeur de chimie de Strasbourg ne fait guère que reproduire ici les idées si ingénieuses et si logiquement exprimées de M. Pasteur, et personne ne se plaindra de cette simple réédition. La putréfaction est encore une question connexe à celle-ci, et qu'on n'étudiera pas avec moins d'intérêt dans le livre si plein de choses de M. Schützenberger. Mais l'étude que nous recommanderons par-dessus tout, comme se liant plus étroitement à l'avenir prochain peut-être de la pratique médicale, c'est celle qui a trait à l'étiologie des maladies épidémiques, endémiques et contagieuses. Il y a là des idées saines sur le développement de ces maladies dans l'organisme vivant, dans ses rapports avec la théorie encore vague, il est vrai, encore incomplète de l'action des ferments, mais qui a au moins l'avantage de nous sortir de l'ornière du mythe miasmatique. Avoir indiqué les sommités de ce livre, c'est du même coup en avoir marqué l'importance et l'intérêt, et convier à sa lecture et à sa méditation tous les penseurs de notre laborieuse science.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Rétrécissement du larynx incisé avec succès a l'aide du laryngoscope. — Les hôpitaux de la province ne sont pas moins riches que les nôtres en faits intéressants, et nous regrettons de ne pouvoir puiser plus souvent à cette mine féconde. Nous empruntons au compte rendu de la Société de médecine de Lyon l'observation suivante, qui lui a été communiquée par M. Delore ; c'est un nouvel exemple des services rendus par la laryngoscopie.

« Clémence Didier, âgée de trente-cinq ans, contracta, il y a seize ans, la syphilis, qui fut caractérisée par des plaques muqueuses des orteils et divers symptômes cutanés. Deux fois elle devint enceinte et avorta. Sept années s'écoulèrent ensuite durant lesquelles Clémence jouit de la plus parfaite santé. Il y a sept ans, à la suite d'un refroidissement pris au bal, elle eut une angine avec laryngite, maigrit, toussa, perdit ses forces et fut en proie à d'abondantes sueurs nocturnes. Depuis cette époque, malgré divers traitements, sa santé a constamment décliné.

« Elle présente au mois de mars les symptômes suivants : voix rauque, presque éteinte ; inspirations brusques avec sifflement ; toux fréquente, expectoration abondante et difficile ; alimentation presque impossible à cause de l'introduction des aliments dans les voies respiratoires, sueurs nocturnes, teint livide, maigreur affreuse. La malade a eu plusieurs accès de suffocation qui lui ont fait courir les dangers d'une asphyxie imminente. A l'inspection de la gorge, notre collègue constata la disparition presque complète du voile du palais. Avec le laryngoscope, j'aperçois à la place de la glotte un petit orifice irrégulier qui m'a paru avoir 1 centimètre 1/2 de long et 1/2 centimètre de large. On ne voit pas l'épiglotte.

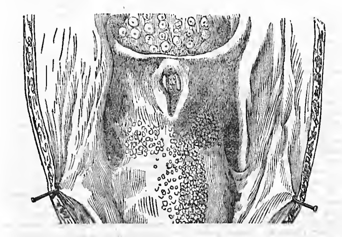
« Les menaces d'asphyxie devenant plus grandes, je pratique la trachéotomie le 9 mars, et j'applique la canule si ingénieuse de Lüer, qui fut d'abord bien supportée, mais qui amena plus tard une suppuration fétide. La trachéotomie ne pouvait être qu'une opération préliminaire, il fallait rétablir les fonctions du larynx. Le laryngoscope me montrait deux brides à couper, l'une en avant, l'autre en arrière, celle-ci fort épaisse. Pour inciser la première, je me servis d'un lithotome caché du frère Cosme, tranchant du côté concave, et pour la seconde d'un instrument, semblable coupant par sa convexité.

« Première opération, le 4 avril 1863. A l'aide du laryngoscope,

j'introduis le lithotome dans le rétrécissement et je coupe la bride antérieure; suffocation légère; la malade rejette quelques gouttes de sang par la canule.

« Deuxième incision, le 17 avril. Je coupe la bride postérieure avec un écartement de 3 centimètres 1/2, en maintenant la lame sur la ligne médiane pour ne pas blesser les cordes vocales. La section produit un craquement très-fort; les accidents sont nuls.

« Le 21 avril, je ferme pendant vingt-quatre heures la canule avec un bouchon; et la respiration laryngienne s'étant bien exécutée, j'enlève la canule. Cinq jours après, la plaie du cou fut guérie. L'état général de ma malade est devenu excellent; elle a retrouvé le sommeil et l'appétit; elle a toutes les apparences d'une personne en bonne santé; elle s'occupe activement dans la salle de travaux



assez pénibles pendant plusieurs mois. L'examen laryngoscopique me montre alors que l'épiglotte existe, mais qu'elle avait été refoulée en bas; le rétrécissement ayant de la tendance à se reproduire, j'en pratique plusieurs fois la dilatation avec de grandes pinces œsophagiennes, en m'aidant du laryngoscope.

« Le 10 novembre, cette dilatation ayant été interrompue depuis deux mois, et le rétrécissement faisant quelques progrès, je fis une troisième opération, et je coupai la bride postérieure en donnant au lithotome un écartement de 5 centimètres. Il n'y eut aucun accident sérieux quoique la respiration dut s'exécuter par le larynx; le pharynx fut lésé légèrement, ce qui rendit la déglutition douloureuse pendant quatre jours. Depuis lors la voix est plus claire, la respiration est parfaitement libre; toutefois, je crois prudent de

combattre la rétraction si tenace du tissu cicatriciel. Avant l'usage du laryngoscope, il eût été impossible de reconnaître avec précision le siége et la forme du rétrécissement de ma malade; et aucun chirurgien, je crois, n'aurait osé en pratiquer l'incision par la bouche; procédé qui m'a donné un résultat très-satisfaisant. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Simulation de maladie, reconnue au moyen de l'éthérisation. En 1851, nous rapportions (t. XLI), le fait d'un jeune pâtre de dix-sept ans, qui, arrêté et traduit en justice pour avoir violé et assassiné une petite fille, s'était mis à simuler l'imbécillité avec une persistance et un succès qui en avaient imposé à ses juges; et, à ce sujet, nous exprimions le regret que, parmi les épreuves auxquelles ce précoce criminel avait été soumis, on n'eût pas eu l'idée d'avoir recours à l'éthérisation. Nul doute, disions-nous, que, sous l'influence d'une légère ivresse provoquée par l'inhalation des vapeurs de l'éther, cet individu n'eût perdu le souvenir des précautions qui assuraient son rôle, et que les experts n'eussent facilement provoqué des réponses propres à révéler le véritable état mental de l'accusé.

Ce procédé, que nous proposions alors, vient d'être appliqué avec un plein succès en Amérique, par un chirurgien de l'armée fédérale, le docteur Dewitt C. Peters, à un cas de simulation ayant pour but l'exemption du service militaire.

Il s'agit, dans ce cas, d'un soldat de cavalerie, âgé de vingt-cinq ans, qui fut transféré de son régiment à l'hôpital général de Jarvis, à Baltimore, pour y subir l'examen de réforme. Cet homme racontait qu'engagé six mois auparavant, il avait été peu de temps après atteint d'un rhumatisme qui l'avait mis hors d'état de faire le service de campagne. Il était robuste, en parfait état de santé, si ce n'est certaines difformités qui dès l'abord avaient paru simulées aux officiers de santé du corps. Il avait les bras et les mains serrés en travers de la poitrine, comme tordus, roides, et quelque effort que l'on fît pour vaincre cette rigidité, on ne pouvait y parvenir. Soumis à une surveillance continuelle, il ne se démentit pas un instant, pendant près de quatre mois; ni la persuasion ni la crainte n'eurent sur lui aucun pouvoir. Ce fut alors que M. Peters, dont les soupçons étaient loin d'être dissipés, eut l'idée de soumettre cet homme à l'action des inhalations éthérées, certain que, si la maladie n'était pas réelle, l'espèce d'ivresse causée par l'agent anesthésique et la résolution musculaire qui se manifesterait en même temps, viendraient mettre la fraude à découvert. Il fut donc, malgré qu'il en eût, éthérisé en présence de plusieurs officiers : pendant l'opération, on reconnut facilement qu'il s'efforçait de conserver à ses doigts, à ses mains, à ses bras l'apparence de difformité qu'il leur avait donnée; mais tout en faisant ces efforts, il leur imprimait des mouvements qui déjà témoignaient de la fraude. Quand il fut complétement endormi, on reconnut que ses membres n'étaient le siége d'aucune contracture ni ankylose; puis, quand il reprit ses sens on le plaça debout et, encore étourdi, n'ayant pas bien conscience de ce qu'il faisait, il se mit à faire le maniement des armes au commandement d'un des officiers présents; ce fut dans cet exercice qu'il acheva de reprendre pleine connaissance de lui-même.

L'éther sulfurique, dit le docteur Peters, est l'agent le meilleur pour découvrir les maladies simulées par les soldats. Dans les diverses affections qu'imaginent ces hommes pour tromper les officiers du service de santé, tels que l'aphonie, le rhumatisme chronique, l'ankylose, l'incontinence d'urine, etc., l'éther donne le moyen de reconnaître la fraude, et pour cela, son action lente et insidieuse le rend de beaucoup préférable au chloroforme, qui agit trop rapide-

ment et est trop dangereux pour être employé aussi impunément. (*Amer. med. Times*, mars 1864.)

Hydrocèle double de volume considérable; double injection iodée; guérison. C'était une règle généralement admise, lorsque l'hydrocèle occupait à la fois les deux tuniques vaginales, de ne pratiquer l'opération que d'un seul côté d'abord. On avait, ou l'on croyait avoir deux motifs pour en agir ainsi : d'une part on craignait, en injectant les deux côtés coup sur coup, que l'inflammation ne fût suivie d'une réaction trop vive; d'autre part on espérait que l'inflammation suscitée dans l'un des sacs pourrait se propager à l'autre et en amener également la guérison. Si ce dernier résultat est autre chose qu'une vue de l'esprit, qu'une pure théorie, s'il a été observé en réalité, c'est ce que nous ne saurions dire; en tout cas, c'est ce dont ne se portent pas garants des chirurgiens aussi expérimentés que M. Velpeau (Dict. en 30 vol.), et M. Curling. L'un et l'autre sont d'avis qu'on peut adopter une pratique opposée en se servant de la teinture d'iode, et qu'il n'y a à cela aucun inconvénient, mais au contraire un grand avantage, puisqu'en opérant les deux côtés le même jour, le malade souffre à peine un peu plus et est moitié moins longtemps à guérir que par les opérations successives. Voici un exemple emprunté au service du chirurgien anglais, qui dépose dans ce sens.

John B***, âgé de vingt-neuf ans, machiniste, entre à l'hôpital de Londres, le 24 novembre 1863, pour une double hydrocèle très-volumineuse. Il y a environ neuf ans, la bourse droite se développa sans aucune cause appréciable. La tumeur, ponctionnée l'année suivante, ne tarda pas à se reproduire; mais, comme elle ne causait que peu de gêne, le malade ne s'en occupa pas davantage. Il y a quatre ans, il reçut un coup de balle au jeu de cricket, et l'année suivante la bourse gauche se tuméfia à son tour et devint presque aussi volumineuse que la droite.

Le 2 décembre, M. Curling ponctionne les deux hydrocèles, le malade se tenant debout, et enlève dix-sept onces de liquide du côté droit et seize du côté gauche; après quoi, le malade ayant été étendu sur son lit, le chirurgien injecte chacun des deux sacs de la tunique vaginale, immédiatement l'un après l'autre, avec une forte teinture d'iode, sans que l'opéré paraisse souffrir beaucoup. Il se manifesta à la suite la sensibilité et la tuméfaction ordinaires, et au bout de trois jours le volume du scrotum était considérable. On administra pendant quelques jours, le soir, à l'heure du sommeil, 5 grains de pilules bleues. La double tuméfaction diminua peu à peu.

Cependant, dès le 15 décembre, le malade était en état de se promener dans les salles. Le 8 janvier, bien qu'il restât encore un peu de liquide dans les sacs, il fut renvoyé de l'hôpital, mais avec recommandation de se représenter dans quelque temps. Revenu en effet vers la fin du mois, il offrait seulement un peu d'épaississement du scrotum, mais était du reste parfaitement guéri de sa double hydrocèle. (*Lancet*, février 1864.)

Invagination de l'intestin guérie au moyen de l'insufflation. Nos lecteurs peuvent se souvenir d'un cas d'invagination intestinale que nous avons, il n'y a pas longtemps, consigné dans nos colonnes (t. LXIII, p. 180), et dans lequel l'insufflation par l'anus avait été employée avec un plein succès par M. Ed. Cousins. Le même enfant qui fait le sujet de cette observation, a été présenté au même médecin en décembre 1862, dix mois après les premiers accidents, atteint d'accidents semblables pour la seconde fois, circonstance remarquable à noter.

Le petit malade, alors âgé d'environ deux ans, avait depuis un jour ou deux une diarrhée qu'on avait attribuée à la dentition. A la suite de l'administration de deux cuillerées à café d'huile de ricin, il avait eu une garde-robe, mais qu'il avait rendue avec beaucoup d'efforts. Depuis ce moment quelques accès de colique accompagnés de ténesme et suivis de pâleur et lipothymies avaient eu lieu, puis des vomissements muqueux peu abondants, et enfin une évacuation par l'anus d'une demi-once à peu près de sang pur, avec ténesme et lipothymie nouvelle. A quatre heures, M. Cousins le trouva dans un état de syncope, avec le pouls à peine perceptible, même pendant la durée d'accès d'agitation qui revenaient environ toutes les dix minutes; dans leur intervalle, le ventre était mou, dépressible, non douloureux. En pratiquant la palpation dans un de ces moments, notre confrère sentit dans la région

du colon transverse quelque chose de résistant, et reconnut l'existence d'une tumeur dure, circonscrite, dont la dureté pouvait être suivie, bien que de moins en moins prononcée, le long du colon ascendant jusqu'au cœcum. Après cet examen, retour de l'agitation, efforts de défécation, tension des muscles abdominaux, et alors impossibilité de sentir la tumeur, laquelle redevint parfaitement appréciable quand la syncope vint à se produire de nouveau.

M. Cousins ayant diagnostiqué une invagination de l'iléon à travers la valvule iléo-cœcale, s'étendant jusque vers le milieu du colon, résolut de recourir au même moyen qui lui avait déjà réussi une fois. En conséquence, après avoir fait prendre un cordial au petit malade, à sept heures du soir, il insuffla l'intestin au moyen de la pompe stomacale introduite dans l'anus. L'insufflation portée jusqu'au point de rendre l'abdomen très-tendu, au bout d'environ trois minutes on entendit tout d'un coup l'air faire irruption dans l'intestin grêle avec un bruit de gargouillement, et en examinant l'abdomen, on ne retrouva plus la tumeur; on sentait nettement l'intestin grêle sous la forme d'une masse élastique entourée par le colon, dont on pouvait suivre le trajet. Presque immédiatement le pouls reprit sa force et sa plénitude normales et la face redevint un peu colorée; l'enfant eut un court sommeil d'un quart d'heure environ et ensuite revint à sa gaieté habituelle. Eau de riz ou d'orge avec de la crème pour tout aliment; cataplasmes. Sans entrer dans plus de détails, nous terminerons en disant que la nuit et le jour suivants il y eut plusieurs garde-robes, dont deux avec du sang, mais que l'accident n'eut pas d'autre suite et que le rétablissement fut prompt et complet. (*British med. Journ.*, mars 1864.)

Traitement des fièvres d'accès par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine. Les avantages de la voie hypodermique pour l'administration du sulfate de quinine, tels qu'ils ont été annoncés par le docteur W. Schachaud (Voy. t. LXIII, p. 374), sont confirmés par un autre médecin anglais, M. le docteur Moore, qui, de son côté, à Bombay, avait l'idée d'essayer cette méthode au même moment où son confrère l'expérimentait avec succès à Smyrne. Voici, sauf quelques détails sans importance que nous avons élagués, la note de M. Moore : outre l'intérêt qui s'attache à la méthode qu'elle préconise, elle se recommande encore par le théâtre où observe l'auteur.

J'ai employé le sulfate de quinine en injections sous-cutanées, dit M. Moore, dans plus de trente cas de fièvre intermittente et dans plusieurs de fièvre rémittente, et presque invariablement avec les résultats les plus heureux, puisque, de ces deux classes de cas, les premiers ont rarement exigé une seconde application, et que les autres ont cédé après la cinquième ou sixième injection.

Je me sers d'une solution de quinine aussi forte que possible, à savoir de 30 grains de quinine, avec 8 ou 10 gouttes d'acide sulfurique dilué, dans une demi-once d'eau distillée. J'injecte de une demi-drachme à une drachme de cette solution (soit à peu près de 2 à 4 grammes), la première de ces deux quantités contenant environ 4 grains de la substance active. A l'exception d'un peu de sulfate de soude, quand il y a constipation, je n'ai recours à aucun autre médicament dans les cas de fièvre maremmatique de tout type, exempts de complication. Quand la rate est hypertrophiée, ou s'il existe un état leucocythémique, je prescris en outre quelque préparation ferrugineuse, le plus souvent le citrate de fer et de quinine.

En général, je fais l'injection au niveau de la partie externe du triceps brachial et quelquefois sur le deltoïde. Cependant je l'ai faite avec tout autant d'effet à la cuisse ou au mollet; dans les cas où il y avait hypertrophie de la rate, il m'a semblé voir l'action du remède plus énergique en injectant au niveau de cet organe. Pour ce qui est de la douleur causée par l'opération, elle n'est pas plus forte qu'une piqûre d'épingle, et les malades m'ont souvent déclaré qu'ils préféraient s'y soumettre que d'avoir à sentir l'amertume du sulfate de quinine. Je n'ai jamais vu survenir la plus légère inflammation ou irritation quelconque, excepté dans deux cas. Ce résultat était dû, dans un de ces cas, aux instruments mis en usage, un petit trocart et une seringue en verre; dans l'autre, à ce que la quinine était *suspendue* dans le véhicule au lieu d'être dissoute. J'ai en effet des raisons de croire que la quinine à l'état de suspension est très-irritante pour les tissus, et c'est à quoi la physiologie permettait de

s'attendre, puisqu'il est certain qu'un corps liquide versé dans le tissu cellulaire sera beaucoup plus facilement absorbé que des particules solides. Il importe donc, pour éviter toute irritation, de n'employer l'alcaloïde qu'à l'état de dissolution parfaite.

Le moment le plus favorable pour pratiquer l'injection est peu de temps avant le début du frisson ; mais on peut la faire pendant le premier stade de l'accès, qui par là est atténué, et quelquefois même complétement enrayé. S'il arrive qu'un malade, attendant un accès dans la journée, se présente à la visite du matin, je lui fais l'injection à ce moment, et presque toujours la fièvre fait défaut.

Dans les cas de fièvre rémittente, j'ai essayé de faire l'injection pendant la rémission ; mais je n'attends pas cette période. Dans les cas graves, l'opération devrait être répétée toutes les six ou huit heures.

Je regarde 4 ou 5 grains de sulfate de quinine injectés sous le tégument comme équivalents, quant à l'effet produit, à cinq ou six fois cette quantité confiée à la voie stomacale. Je crois aussi que, par cette méthode, les résultats sont plus certains et les rechutes moins communes que lorsque le remède est administré par la bouche. (*Lancet*, août 1863.)

Laryngite nécrosique aiguë ; phlegmon diffus des muscles du larynx ; œdème de la glotte. M. le docteur Wannebroucq, professeur adjoint à l'école de médecine de Lille, signale un fait intéressant d'œdème de la glotte terminé fatalement, qui, en raison de sa forme insolite et des conditions exceptionnelles dans lesquelles il est survenu, est digne d'être enregistré.

Il s'agit d'une femme de trente ans, d'une constitution robuste, indemne de toute diathèse syphilitique ou autre, qui, jouissant quelques jours auparavant encore d'une santé parfaite, fut amenée à l'hôpital, en proie à des accidents suraigus d'œdème de la glotte, et dans un état d'asphyxie déjà tellement avancée, qu'elle succomba peu d'heures après son admission, sans que notre confrère ait eu même le temps de la voir.

Voici les particularités dignes de remarque révélées par l'autopsie.

Toutes les altérations morbides étaient circonscrites au larynx, qui présentait les lésions suivantes : épaississement notable de l'épiglotte vivement injectée à sa face postérieure ; énorme tuméfaction phlegmasique, rouge livide, dure sous le doigt, des replis aryténo-épiglottiques ne laissant entre eux qu'une fente un peu irrégulière, insuffisante pour permettre d'examiner l'état intérieur du larynx ; vers la partie antérieure de ces replis, au point de départ des gouttières latérales, soulèvement de la muqueuse pharyngée par du pus, dont on pouvait reconnaître la présence à la faveur de la transparence de l'épithélium ; toute la muqueuse du pharynx qui tapisse extérieurement le larynx des deux côtés et en arrière, très-vasculaire, tuméfiée, laissant reconnaître au-dessous d'elle une collection morbide ; phlegmon diffus des muscles du larynx, ayant envahi jusqu'aux petits muscles aryténoïdiens ; après l'incision du larynx en arrière sur la ligne médiane, nulle autre lésion apparente de la muqueuse laryngée qu'une vascularisation vive et une légère tuméfaction, sans ulcération ni pus en aucun point ; au premier abord, état sain des cartilages ; mais, ceux-ci ayant été dépouillés dans toute leur étendue par une dissection complète, apparition évidente du point de départ de toutes les lésions précédentes, à savoir : une nécrose d'un point limité du cartilage cricoïde, à 3 ou 4 millimètres en avant de l'articulation aryténo-cricoïdienne, nécrose existant de chaque côté, presque symétriquement, offrant une forme pyramidale à base large de 4 millimètres appuyée au bord supérieur du cricoïde, et à sommet se perdant à mi-hauteur du cartilage.

Ainsi l'examen anatomo-pathologique démontrait que la malade avait succombé à une *laryngite nécrosique aiguë*, suivie de phlegmon diffus des muscles laryngiens et d'œdème des replis aryténo-épiglottiques, affection rare en elle-même, mais rare surtout et peut-être unique dans la science comme affection primitive, puisque tous les cas connus se sont montrés consécutivement à des maladies infectieuses et à processus nécrosique, la fièvre typhoïde, la variole, la morve. Or, bien loin qu'il y eût ici rien de semblable, la malade était au contraire, quelques jours avant sa mort, dans l'état le plus satisfaisant et se livrait à ses occupations accoutumées.

Il est regrettable que la trachéotomie n'ait pu être pratiquée. Dans la situation où était la malade, cette opération, il est vrai, peut-être n'eût servi qu'à

prolonger un peu ses jours. Le pus, localisé jusqu'alors à la région latérale du larynx, pouvait fuser le long de la trachée, gagner le thorax et amener d'autres désordres mortels. Mais ce n'était là qu'une éventualité possible, et il était possible aussi qu'en l'absence de toute autre altération de la santé, de toute diathèse avancée, la trachéotomie eût pu sauver cette infortunée; en tout cas c'était la seule ressource qui fût capable de procurer cet heureux résultat. (*Bull. méd. du nord de la France*, mars 1864.)

Écorce de Panama : empoisonnement par cette substance; son action sur l'appareil urinaire. L'usage très-repandu aujourd'hui dans les ménages de la substance végétale dite *écorce de Panama*, en infusions plus ou moins saturées, pour laver et dégraisser les étoffes, peut donner lieu à des méprises, qui, paraît-il, ne seraient pas sans danger. C'est d'abord cette considération qui doit nous engager à parler de ce fait.

Une dame de Gand se réveillant la nuit, pressée par la soif, se saisit d'un verre de cette infusion qui avait été mis en réserve, et en avala d'un trait une quantité évaluée à un huitième de litre. S'apercevant aussitôt de son erreur, elle chercha à se rassurer et se remit au lit; mais elle ne put se rendormir. Au bout de quelques minutes, prise de frisson, de malaise général et principalement épigastrique, de sueurs froides, de tremblement, elle n'eut que le temps d'appeler et tomba en syncope. A l'arrivée de M. le docteur Lesseliers, averti immédiatement, la syncope était dissipée; mais il y avait des nausées et des vomissements, des garde-robes, et surtout un besoin pressant et continuel d'uriner; en même temps peau froide et humide, claquements des dents, anxiété précordiale très-pénible, lenteur et petitesse du pouls. Regardant ces phénomènes, ceux du moins qui avaient lieu du côté des voies d'excrétion, comme des phénomènes critiques par lesquels l'économie se débarrassait de l'agent toxique, ne sachant d'ailleurs à quel antidote recourir dans ce cas particulier, notre confrère crut plus rationnel d'observer et de surveiller la marche des accidents : il se borna donc à administrer du thé, dans le but de favoriser l'élimination. Pendant plusieurs heures les besoins d'uriner continuèrent, et la malade rendit par la miction une quantité considérable de liquide. Peu à peu les troubles se dissipèrent : le lendemain, il ne restait que de la céphalalgie, de la soif, un peu de fatigue, de pesanteur générale, et tout était rentré dans l'ordre le jour suivant.

Les accidents qui viennent d'être rapportés étaient-ils les symptômes d'un véritable empoisonnement qui, si la dose eût été plus forte, eût pu se terminer d'une manière funeste? Une disposition idiosyncrasique, la terreur, n'y réclament-elles pas une part? La question est certes importante, et il ne serait pas sans intérêt d'en chercher la solution expérimentalement, en l'absence de données dès à présent suffisantes pour la résoudre. L'écorce de Panama, qui n'est autre chose que le liber du *quillaya saponaria*, analysée par MM. Henry et Boutron et par M. Lebeuf, a donné à ces chimistes, de même que notre saponaire et quelques autres plantes, une substance particulière, qui n'est autre chose que la *saponine*. Or, on sait que la saponine irrite les muqueuses, qu'elle agit à la manière des éméto-cathartiques et comme diurétique; mais nous ne sachions pas qu'elle ait jamais été considérée comme susceptible de donner lieu à des accidents toxiques mortels.

Quoi qu'il en soit, M. Lesseliers, ayant remarqué comme symptôme dominant, dans le fait dont il a été témoin, les besoins fréquents d'uriner, a pensé que l'écorce de Panama pourrait être employée comme diurétique. Il a cherché à contrôler cette hypothèse par l'expérience, et a fait prendre à deux malades atteints d'ascite symptomatique une infusion de 15 et 12 grammes de cette écorce pour 200 grammes de colature, et il y a eu en effet une diurèse qui s'est prolongée pendant toute la durée de l'administration; seulement celle-ci a dû être promptement supprimée, à cause du dégoût invincible et de la perte d'appétit éprouvés par les malades.

Ajoutons, pour finir, que MM. Coppée, Somers et Dumoulin, chargés d'examiner la communication de M. Lesseliers, remarquant que celui-ci a noté surtout la sensation presque incessante du besoin de la miction, ont émis la supposition que peut-être l'action du principe actif de l'écorce de Panama se porterait sur la sensibilité et la contractilité du réservoir urinaire plus spécialement que sur la fonction sécrétoire des reins, et qu'alors cette substance pourrait être propre à combattre les affections vésicales résultant

d'insuffisance d'afflux nerveux, certaines paralysies, l'incontinence d'urine, etc.

Nous devons nous contenter d'enregistrer les faits et de poser les questions : à l'expérimentation et à la clinique de prononcer. (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, janv. et févr. 1864.)

Traitement des affections chroniques des bronches par la teinture d'écorce de mélèze. La teinture d'écorce de mélèze est recommandée par M. le docteur Headlam Greenhow contre l'hypersécrétion bronchique, soit qu'elle persiste à la suite d'une bronchite chronique, alors que les expectorants ont cessé d'être indiqués, soit qu'elle se soit établie d'emblée à l'état chronique. On l'observe souvent dans ces dernières conditions, suivant M. Greenhow, chez les individus goutteux, chez les personnes sujettes à respirer l'air trop desséché de pièces mal ventilées ou chauffées par un procédé vicieux, ou une atmosphère contenant des matières irritantes, gazeuses ou autres.

Dans les cas de ce genre, qui ne sont jamais compatibles avec une intégrité complète de la santé générale, et dans lesquels les malades sont toujours sous l'imminence de recrudescences catarrhales aiguës, les diverses préparations balsamiques ont trouvé de tout temps de nombreuses applications, et l'efficacité de plusieurs d'entre elles ne saurait, en effet, être contestée. M. Greenhow reconnaît surtout une grande efficacité au baume de copahu. Mais les ennuis qui sont inséparables de l'emploi de cette substance sont tels, qu'on ne peut le plus souvent le poursuivre pendant un laps de temps suffisant. Au reste, chez la plupart des malades dont il s'agit, les fonctions digestives sont habituellement languissantes, et s'accommodent mal de l'emploi de la plupart des balsamiques. L'état général d'atonie de l'économie appelle en outre l'emploi des toniques.

La préparation la plus apte à remplir toutes les indications dans de pareilles conditions est, suivant M. Greenhow, la teinture de l'écorce de mélèze.

Le médecin de l'hôpital de Middlesex l'emploie depuis cinq ou six ans. On la prépare avec les couches internes de l'écorce de mélèze. La saveur en est bien moins désagréable que celle de la plupart des balsamiques. L'estomac s'en accommode presque toujours très-bien, et l'on peut les associer facilement aux préparations toniques et aux autres remèdes qui peuvent paraître indiqués.

M. Greenhow prescrit ordinairement cette teinture à la dose de 20 à 30 gouttes dans une potion composée de teinture de gentiane, d'acide chlorhydrique et d'eau ; il y ajoute, suivant les indications, du vin d'ipécacuanha, de la teinture de jusquiame ou de la teinture de camphre composée. Pour la rendre plus agréable au goût, on peut substituer le sirop d'écorces d'oranges amères à la teinture de gentiane. M. Greenhow a essayé de substituer à la teinture d'écorce de mélèze un extrait de la même substance ; mais il n'a pas eu à se louer de cette substitution, à laquelle il a complétement renoncé. Quant à la teinture, elle lui a paru douée d'une efficacité supérieure à celle des autres balsamiques, et il l'a vue souvent réussir complétement là où les autres médications usitées avaient complétement échoué : elle diminue graduellement l'expectoration, ainsi que la toux et l'oppression, et met, au moins dans une large mesure, les malades à l'abri du retour des exacerbations catarrhales aiguës.

M. Greenhow recommande spécialement de supprimer la médication lors de ces recrudescences et de ne pas l'employer dans les bronchites aiguës primitives. (*Gaz méd. de Paris*, mars.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouvelles recherches expérimentales sur l'absorption cutanée. Les nouvelles recherches de M. Willemin ont été de deux sortes : physiques et chimiques. Les premières ont consisté en des pesées du corps faites avant et après des bains simples ou diversement minéralisés. La difficulté inhérente à ce genre de recherches a été résolue par l'emploi d'une nouvelle balance, qu'on peut regarder comme un instrument de précision : c'est l'hydrostat du professeur Kœppelin, de Colmar, qui permet d'évaluer, à 1 ou 2 grammes près, un poids de 80 kilogrammes. Pour les

secondes, M. Willemin a eu, comme pour ses expériences de l'an passé, le concours d'un chimiste habile, M. Hepp, chargé des analyses des cliniques de la Faculté de Strasbourg.

M. Willemin, aidé de neuf étudiants en médecine, qui se sont prêtés à ses expériences, a pris ou fait prendre des bains d'eau douce, des bains alcalins, salins, glycérinés et iodurés. Pour chaque expérience, il a noté non-seulement les observations barométriques, thermométriques et hygrométriques faites à l'air extérieur, mais les conditions atmosphériques du local des bains. L'urine était recueillie immédiatement avant et après les pesées qui précédaient et suivaient le bain ; on en constatait la réaction et la densité.

Pour chaque sujet, une expérience préliminaire consistait à déterminer ce qu'il perdait de son poids pendant une séance, assis à l'air, dans le même local, dans les mêmes conditions physiologiques que celles où il prenait le bain.

Une expérience d'un haut intérêt a consisté en un bain d'eau distillée pris par M. Willemin après qu'il se fut lavé, frictionné le corps, puis lavé de nouveau à l'eau distillée. L'analyse de l'eau après le bain a montré qu'il avait été éliminé par la peau près d'un gramme de chlorure de sodium.

Pour lever toute objection relative à la pénétration de l'eau du bain par l'orifice des muqueuses, M. Willemin a pris un bain de jambes dans cinquante litres d'eau tenant en dissolution 100 grammes d'iodure de potassium. Les urines, les vingt-quatre heures suivantes, additionnées de perchlorure de fer et d'acide chlorhydrique, furent distillées à siccité ; le produit de la distillation, saturé de potasse caustique, fut évaporé à son tour, redissous dans l'eau distillée, et traité par l'amidon, l'acide nitrique pur et quelques gouttes d'acide hypoazotique ; il se manifesta aussitôt la coloration violette caractéristique de la présence de l'iode.

L'auteur résume son travail par les conclusions suivantes :

L'absorption de l'eau dans les bains simples, ou diversement minéralisés, est mise hors de doute par les pesées exactes faites avant et après le bain.

Ces pesées ont montré qu'à la sortie d'un bain tiède de trente à quarante-cinq minutes de durée, le poids du corps reste le plus souvent stationnaire ; dans le tiers environ des cas, il subit une faible diminution qui est généralement très-inférieure au poids que le sujet perd dans un même temps à l'air libre. L'augmentation absolue de poids à la suite d'un bain est plus rare et faible aussi.

L'analyse chimique démontre que, dans un bain tiède, l'exhalation cutanée continue à se faire.

L'absorption de l'eau s'exerce dans des limites très-restreintes ; elle ne semble influencée ni par la composition ni par la densité du liquide employé. Elle varie surtout avec les conditions physiologiques.

L'absorption de sels dissous dans le bain, tels que l'iodure de potassium, est démontrée par l'analyse chimique des urines rendues à la suite de bains où l'on a introduit 100 grammes de ce sel. Avec une moindre proportion d'iodure (30 grammes par bain), on ne retrouve point d'iode dans l'urine.

A la suite de bains simples, d'acide qu'elle était, l'urine devient généralement alcaline.

Après un bain alcalin, elle conserve le plus souvent sa réaction acide.

A la suite de bains simples ou minéralisés, la densité de ce liquide est presque constamment diminuée. (*Comp. rendu de l'Académie de méd.*, avril.)

Anévrysme traumatique de l'artère ophthalmique gauche ; insuccès de la compression indirecte ; ligature du tronc carotidien et de la carotide externe, guérison. Tel est le sommaire d'une très-belle observation que M. Legouest est venu lire à l'Académie de médecine. Ce chirurgien fait suivre la relation de ce fait, et la discussion des divers procédés employés en pareil cas, de considérations dont nous extrayons les passages ci-après :

« M. Broca considère qu'il est extrêmement avantageux, pour un malade qui subit la ligature, d'avoir été soumis préalablement à une compression méthodique, bien dirigée et continuée, même sans résultat immédiat, pendant deux ou plusieurs semaines ; et le judicieux chirurgien appuie son opinion sur des relevés statistiques démontrant que la léthalité de la ligature qui, dans les cas ordinaires, flotte entre le tiers et le quart de la totalité des opérés, descend au-dessous d'un huitième lorsqu'une compression indirecte préalable a été exercée pendant un certain temps.....

« ... Chez notre malade, la ligature

de la carotide primitive n'a été ni accompagnée ni suivie des accidents cérébraux qu'elle détermine fréquemment. N'est-il pas permis de se demander si la compression n'a point exercé sur l'encéphale une influence salutaire en l'accoutumant, en le préparant peu à peu à l'interruption du cours du sang dans un des gros vaisseaux qui l'alimentent ?

« Nous n'insistons pas sur la valeur de cette présomption, non plus que sur le démenti nouveau donné par notre opération, aux craintes conçues, *à priori*, du danger de mort immédiate que peut faire courir la ligature de la carotide primitive aux sujets anesthésiés par le chloroforme ; craintes que l'expérience a déjà fait évanouir. Nous n'avons d'autre but que d'appeler l'attention et la discussion sur le lieu où il convient de placer la ligature dans le traitement des anévrysmes de l'artère ophthalmique, à savoir : sur la carotide primitive simplement ; sur la carotide interne seule ; sur la carotide primitive et sur l'une ou l'autre de ses branches. Il ressort de notre travail que, contrairement à l'opinion de chirurgiens distingués qui tend à prévaloir, c'est à ce dernier procédé que nous donnons la préférence, surtout lorsque la compression médiate a été préalablement mise en usage. » (*Compte rendu de l'Académie de méd.*, avril.)

Mode de traitement établi à l'hôpital Saint-Louis pour la guérison de la gale. M. Hardy, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique, vient rendre compte des résultats obtenus par le traitement externe.

Ce traitement, fondé sur ce fait que la gale est causée par la présence d'un arachnide parasite, l'*acarus scabiei*, consiste dans l'emploi des moyens suivants : « 1° friction sur toute la surface cutanée, la tête exceptée, avec du savon noir, pendant une demi-heure, afin de nettoyer la peau ; 2° bain tiède d'une heure, pendant lequel on continue la friction, dans le but de ramollir, de gonfler l'épiderme, et d'entr'ouvrir les sillons où sont enfermés les acares ; 3° friction *rude* et *générale* avec une pommade contenant, pour 100 grammes : axonge, 64 grammes ; soufre, 20 grammes ; sous-carbonate de potasse, 8 grammes ; eau, 8 grammes. Après cette friction sulfureuse, les malades se rhabillent sans essuyer la pommade, dont le contact est nécessaire sur la peau pendant plusieures heures pour achever la destruction des acares, et pour atteindre même ceux qui peuvent se trouver sur les vêtements. »

D'après un tableau des galeux traités pendant onze ans, de 1852 à 1862 inclusivement, à l'hôpital Saint-Louis, 37,429 personnes ont été soumises à ce traitement (26,650 hommes, 10,779 femmes) ; sur ce nombre, 535 ont eu besoin de subir un second traitement, ce qui donne 69 guérisons sur 70 malades traités.

« Depuis l'application de cette nouvelle méthode thérapeutique, les galeux ne séjournant plus à l'hôpital, l'administration a pu disposer, en faveur de malades atteints d'autres affections plus graves, de 120 lits consacrés antérieurement au service spécial de la gale. »

VARIÉTÉS.

De l'emploi du bandage herniaire dans les cas de déplacement secondaire du testicule (1).

Nous avons dit que dans les cas de migration tardive du testicule, la glande, dès sa sortie du canal inguinal, au lieu de descendre dans le scrotum, pouvait remonter et se glisser entre l'aponévrose du grand oblique et le tégument. M. le professeur Gosselin (2) conteste ces sortes de déviations et pense qu'on se trompe sur la position du testicule dans ces cas.

En parlant de l'observation de Gama, donnée comme un exemple de déviation du même genre, M. Gosselin fait observer d'abord que dans ce fait : « il s'agissait d'un testicule devenu cancéreux, qui avait bien pu se déformer en prenant du volume, sans que pour cela il eût été préalablement dévié de bas en haut ; et que d'autre part personne n'a signalé une déviation analogue sur un sujet dont le testicule était resté sain. J'ai en outre, ajoute-t-il, examiné

(1) Suite. Voir la livraison du 29 février, p. 191.
(2) *Traité des maladies des testicules*, par Curling ; traduit et annoté par L. Gosselin, p. 56.

très-attentivement plusieurs malades chez lesquels on aurait pu être induit en erreur, et je suis resté convaincu que chez eux le testicule était non pas sous la peau, mais derrière l'aponévrose du grand oblique;... et d'ailleurs je ne sentais au niveau de l'anneau rien qui ressemblât au cordon infléchi. »

Tous les faits de déplacement secondaire du testicule signalés par les auteurs ne sauraient être rapportés à la faiblesse et à la laxité de cette portion de la paroi abdominale que signale M. Gosselin. M. Cruveilher, dans son *Traité d'Anatomie pathologique*, dit expressément avoir constaté sur le cadavre la position du testicule hors du canal inguinal, entre l'aponévrose du muscle grand oblique et la peau, mais sans donner aucun détail sur la disposition anatomique des divers éléments de la glande.

Si aucun auteur n'a encore signalé d'observations de déviation secondaire sur des sujets vivants et dont les testicules étaient restés sains, ce n'est pas que les exemples manquent; il suffisait d'interroger les chirurgiens herniaires pour en obtenir.

M. le docteur Wickham, dont on ne contestera pas la compétence, m'a fourni les cas suivants.

Obs. « M. X***, âgé de soixante et dix ans, est affecté d'une hernie inguinale gauche scrotale, et d'une tumeur que, depuis son enfance, il portait dans l'aine droite; celle-ci, depuis quelques années ayant beaucoup augmenté de volume, il vient me consulter en mai 1857. Il me fut facile de voir que j'avais affaire à un testicule engagé en dehors de l'ouverture externe du canal inguinal et glissé entre la paroi abdominale et les aponévroses. Ce testicule était entouré de liquide, que l'on refoulait en grande partie dans le canal inguinal.

« Je lui fis l'application d'un bandage double anglais à pelote triangulaire pour le côté gauche et à pelote concave pour le côté droit.

« J'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois cette personne depuis cette époque et de constater que son état reste stationnaire ; son testicule est remonté et occupe aujourd'hui la partie supérieure de la tumeur. »

Obs. « Un jeune homme de vingt-deux ans vint me consulter dernièrement pour une hernie testiculaire gauche, affectant la même disposition, c'est-à-dire que le testicule est placé en dehors du canal, entre la paroi abdominale et les aponévroses, et environné de liquide que l'on refoule incomplétement dans le canal. Lorsqu'on fait coucher le malade, sous l'influence de la position, le liquide de la tunique vaginale se réduit de la même quantité, mais le testicule reste au dehors de l'anneau. L'organe est un peu atrophié, douloureux à la pression.

« J'appliquai à ce jeune homme une ceinture abdominale avec une pelote concave. »

Ces faits mettent en relief la fréquence des épanchements séreux dans les déviations secondaires du testicule. Pour donner une idée de la disposition en bissac de la tunique vaginale dans ces cas, nous donnons le dessin de l'une des pièces déposées au musée Dupuytren par M. Follin, pièces qui lui ont servi à composer son intéressant mémoire sur les *anomalies de position du testicule* (1). Nous en empruntons la description au travail de notre collègue.



« Dans cette pièce, un testicule atrophié est retenu dans l'anneau inguinal; il est longé à son bord inférieur par un épididyme, dont une petite portion, comme pelotonnée sur elle-même, commence à s'engager en avant du testicule. C'est là un premier degré de l'anomalie (la dissociation de l'épididyme et de la glande séminale), car cette portion de l'épididyme n'a pas encore franchi l'anneau inguinal.

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, 1851, t. XXVI, p. 257.

Du reste, le testicule sur lequel j'ai constaté cette disposition appartient à la catégorie de ces testicules flottants qui peuvent descendre dans le scrotum par une pression ménagée, et remontent aussitôt après dans le canal. »

M. Follin ne dit rien des causes qui, dans ce cas, ont maintenu le testicule dans le canal. La disposition des parties semble prouver que ce n'est pas la brièveté du cordon, car l'existence d'une poche séreuse dans le scrotum témoigne que le testicule est d'abord sorti du canal, puis qu'il y est rentré, et qu'une striction de l'ouverture aponévrotique du muscle grand oblique, ou des brides ligamenteuses fournies par des exsudations plastiques, sont venues alors le retenir emprisonné.

Cette pièce permet encore de se rendre compte de la disposition de la poche séreuse dans les cas où la glande séminale, aussitôt sa sortie du canal inguinal, vient se placer à droite ou à gauche de l'anneau externe, et se glisse sous le tégument externe, pour constituer une des nombreuses variétés des tumeurs de l'aine. Dans ces cas, la portion extérieure de la poche séreuse, au lieu de doubler le scrotum, se dirige en haut entre les aponévroses et la peau.

Parmi les accidents qui peuvent résulter de ces déviations testiculaires, on a dû remarquer la fréquence de l'hydropisie de ces poches. Leur disposition en bissac prouve que l'oblitération de la portion de la séreuse restée dans le canal inguinal a lieu moins souvent dans les cas de déviation que dans ceux où le testicule accomplit son évolution complète et atteint le fond des bourses.

Cette disposition anatomique explique aussi pourquoi le liquide qui entoure le testicule est en partie réductible. D'un autre côté cette réduction incomplète prouve que la poche ne communique plus avec la cavité péritonéale.

De notre étude, tout incomplète qu'elle est, nous déduirons les deux propositions suivantes :

1° L'usage d'un bandage herniaire, appliqué aussitôt la sortie du testicule de l'anneau inguinal externe, afin de prévenir la formation de ces sacs séreux qui viennent créer des embarras si considérables aux bandagistes.

L'emploi de ces bandages sera surveillé, et la dimension de la pelote ne dépassera pas le niveau de l'anneau pour ne pas gêner le cheminement du testicule à travers le scrotum. Ainsi, M. Chassaignac a rapporté à la Société de chirurgie l'observation d'un jeune homme de dix-huit à dix-neuf ans, qui portait un bandage herniaire et avait le testicule droit dans la région crurale : on le faisait rentrer avec facilité dans l'abdomen, où il se réduisait comme une hernie, en passant par le trajet inguinal ; mais dès que le malade toussait, il ressortait brusquement, et constamment venait reprendre sa position vicieuse à la partie antérieure et interne de la cuisse (1). Cette déviation était très-probablement le résultat de la mauvaise disposition du bandage qu'on avait appliqué croyant avoir affaire à une hernie et dont la pelote obturait le trajet qu'aurait dû suivre le testicule.

2° Lorsque les dimensions que prennent ces hernies testiculaires par suite de ces épanchements séreux deviennent trop considérables, il y a lieu d'intervenir.

Il y a quelques mois, j'ai été consulté par un notaire des environs de Paris, client de M. le docteur Wickham et dont il aurait pu joindre l'observation aux deux cas ci-dessus. Chez cette personne, la tumeur ayant acquis le volume du poing d'un adulte, la pelote concave des ceintures que lui applique M. Wickham présente des dimensions telles que la présence de l'appareil prothétique est difficilement caché. Je n'ai pas hésité à donner le conseil de faire opérer cette hydrocèle.

La disposition de la tunique vaginale en bissac implique l'emploi des injections médicamenteuses, afin que le liquide modificateur puisse pénétrer dans la portion de la séreuse qui double le canal inguinal et éviter une double opération.

Je ne connais qu'un exemple de l'application de cette méthode thérapeutique dans un cas analogue, et non identique, puisque la tumeur ne contenait pas de diverticulum séreux extra-inguinal. C'est un de ces cas auxquels M. Gosselin faisait allusion en contestant les déviations secondaires du testicule. L'intérêt qu'il présente nous porte à l'extraire du traité d'anatomie chirurgicale de M. Richet. « J'ai opéré, dit ce chirurgien, à l'hôpital Bon-Secours une hydrocèle de la tunique vaginale *intra-inguinale*, sans communication avec le péri-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. III, p. 97.

toine, qui guérit très-rapidement. Les deux glandes séminales étaient à l'anneau externe, elles avaient été prises pour des hernies et traitées par l'application d'un bandage double, dont la pression n'était certainement pas étrangère au développement de la maladie. » (p. 629.)

La fréquence de ces épanchements séreux dans les hernies testiculaires contenues par des bandages nous porte à partager l'opinion de M. Richet, quant à l'influence de la pression des pelotes sur la production de ces hydropisies. Malgré cet inconvénient, l'emploi d'un appareil prothétique n'en demeure pas moins indiqué, il vaut mieux avoir à combattre une hydropisie de la séreuse qu'une dégénérescence de la glande.

D'ailleurs, l'usage de ces appareils est commandé par la sensibilité toute spéciale du testicule; les froissements incessants auxquels l'organe est exposé dans les inclusions inguinales, font que les malades réclament un moyen de protection. L'un de nos maîtres dans les hôpitaux, mort à l'âge de quatre-vingts ans, a porté, pendant toute sa longue et laborieuse carrière, un bandage à plaque concave pour protéger son testicule droit retenu à l'anneau inguinal externe; il nous a vanté plusieurs fois les services que lui rendait la prothèse.

Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de s'ouvrir. Le jury se compose de : MM. Bouchut, Bouley, Hillairet, Follin, Piorry, *juges*; MM. X. Richard et Depaul, *juges suppléants*. Le nombre des concurrents dépasse quarante. Le sujet de la première épreuve, la composition écrite, était formulé : « Du vertige, valeur séméiotique et indications thérapeutiques. »

M. le docteur Pidoux vient d'être élu membre de l'Académie de médecine, section de thérapeutique, en remplacement du regrettable professeur Moquin-Tandon.

Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Au grade d'officier :* MM. Moutier, Ditz et Brault, médecins-majors de 1re classe; *Au grade de chevalier :* MM. Sagnon, médecin-major de 2e classe, et Galand, médecin aide-major de 1re classe.

La Société des sciences, arts et agriculture d'Orléans met au concours la question suivante : « Dans toutes les affections intermittentes qui réclament l'emploi du quinquina, et surtout dans les fièvres pernicieuses, peut-on administrer avec un égal succès le sulfate de quinine, ou le quinquina en substance? » Le prix sera une médaille d'or de 400 francs. Les mémoires doivent être adressés avant le 1er mars 1865 à M. le docteur Pelletier-Sautelet, secrétaire général de la Société.

La Société de médecine de Bordeaux maintient, pour 1864, la question de prix ainsi posée, et ressortant à la chirurgie : « Faire la pathologie du col utérin, préciser les cas qui réclament un traitement chirurgical, en ayant plus principalement en vue les divers modes de cautérisation et l'amputation de cette portion de l'utérus. » Cette rédaction, assez précise, dispense de tout exposé de motifs; mais la Société désirerait voir ressortir de ce travail les cas bien nuancés qui réclament la cautérisation et l'amputation dont on abuse peut-être; et dans le chapitre du diagnostic, les avantages et les inconvénients réels qui en résultent, sous tous les rapports, de l'usage du spéculum. — Une médaille d'or de 300 francs sera décernée lors de la distribution des prix de 1864.

M. le docteur Daremberg vient d'être autorisé à ouvrir un cours sur l'histoire de la médecine, au Collége de France.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des nouveaux moyens de production du vaccin primitif [1].

Par M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie.

Art. 2. *Production du vaccin primitif par l'inoculation de la variole de l'homme aux animaux.* — Quelques auteurs ont pensé qu'il suffirait, pour rendre toute sa force au vaccin affaibli par des transmissions répétées, de le reporter sur la vache, où on le reprendrait ensuite dans les boutons de cowpox artificiel qu'on aurait produits; cette vue a même été appuyée d'expériences qui lui semblaient favorables. MM. Bousquet, Steinbrenner, Ceely et d'autres ont trouvé, au contraire, en répétant ces expériences, que le nouveau vaccin ainsi obtenu ne différait pas de l'ancien, qu'il n'était pas plus fort, qu'en un mot, la vache rendait le vaccin tel qu'elle l'avait reçu. A tort ou à raison, on a donc renoncé à ce procédé, et je n'en aurais rien dit si M. Auzias-Turenne n'avait avancé dernièrement, avec une ferme conviction, que cette méthode donnerait un autre résultat si l'on prenait le cheval au lieu de la vache, pour lui transporter le vaccin. Notre ingénieux confrère pense que les pustules vaccinales du cheval fourniraient alors un virus plus actif que celui qui les aurait produites. C'est une expérience à faire.

Mais on a aussi cherché dans le virus de la variole humaine elle-même le moyen de développer le cowpox chez la vache. Un grand nombre d'expériences ont été entreprises dans ce but; les résultats en ont été très-divers, tantôt négatifs, tantôt positifs. De là une grande divergence d'opinions, qui a surtout éclaté dans la dernière discussion académique.

La question de l'identité *de nature* de la variole, de la vaccine et de l'équine, longuement débattue dans cette discussion, a sous ce rapport un côté pratique fort important. Si, selon la manière de voir de J. Baron et de M. Depaul, ces trois affections sont au fond la même maladie, si elles ne diffèrent qu'en raison de la diversité des organismes affectés, on peut concevoir l'espérance de transformer la plus forte, celle de l'homme, en la plus faible, celle de la vache. Si, au contraire, comme le veulent MM. Bousquet, Leblanc, etc., le virus varioleux et le virus vaccin sont d'une nature différente, le premier ne saurait engendrer le second. Malheureusement les ex-

[1] Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 299.

cellents arguments qui se sont produits de part et d'autre n'ont point tranché la question. On en a appelé, de guerre lasse, précisément à cette expérience de l'inoculation de la variole aux animaux, sur laquelle règne encore une certaine incertitude, de sorte que l'on tourne ici dans un cercle vicieux. La théorie paraît impuissante à faire prévoir les résultats de l'expérimentation, et l'expérimentation, dans son état actuel, semble insuffisante pour dissiper les obscurités de la théorie.

On n'a jamais réussi, en France, à produire sur la vache ou le cheval une éruption varioliforme ou vaccinale par l'inoculation de la variole. Les partisans de l'existence distincte des deux virus, les *dualistes*, comme on les a nommés, s'appuient sur cet insuccès pour nier la possibilité de transformer la variole en vaccine. Remarquons à cet égard que ces faits *négatifs* ne prouvent qu'une chose, l'impossibilité de déterminer la contagion de la maladie dans les circonstances où les expérimentateurs étaient placés; on n'en peut rien conclure quant à l'espèce d'éruption qui se serait produite, si l'expérience avait réussi. De plus, ces faits perdraient toute valeur si d'autres expériences avaient fourni, d'une façon certaine, des résultats opposés. Or nous savons déjà que ces faits contraires, les faits *positifs*, existent dans la science, et les *identistes* n'ont pas manqué de s'en prévaloir. Toute la question se réduit donc à savoir quel degré de confiance il convient d'accorder à ce dernier ordre de faits, ainsi qu'à l'interprétation qu'on en a donnée.

Cette question est évidemment double : en effet, il s'agit de savoir, 1° si l'on peut inoculer la variole à la vache ou au cheval; 2° si le produit de cette inoculation a les propriétés du cowpox ou de la vaccine primitive.

1re *Question*. On a souvent échoué à l'étranger, comme chez nous, dans les essais d'inoculation de la variole à la vache. Par exemple, M. Hering, de Stuttgard, n'a pas mieux réussi que M. Bousquet et les vétérinaires français. Mais c'est un médecin de Cazan, M. Thiélé, et un Anglais, le docteur Ceely, qui ont publié les principales expériences couronnées de succès. Il est bon de noter que ces deux auteurs ont expérimenté à l'insu l'un de l'autre; la déclaration insérée à la fin du mémoire de Ceely en fait foi; c'est par erreur que M. Bousquet a dit le contraire.

Je ne me porte pas garant des faits rapportés par MM. Thiélé et Ceely; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer la légèreté avec laquelle on les a traités dans le sein de l'Académie de médecine, comme hors de l'Académie. Il est aisé de voir qu'on a parlé

de leurs travaux sans les connaître, ou du moins sans en avoir une connaissance suffisante. On en sera d'ailleurs peu surpris quand on saura que leurs mémoires originaux, écrits en allemand et en anglais, sont très-rares à Paris, et qu'il n'en existe aucune traduction française. M. Steinbrenner, dans son *Traité sur la vaccine* (1846), a donné un extrait de Thiélé qui m'a semblé la traduction un peu abrégée d'un article du *Journal de Schmidt*, et il n'a cité Ceely que d'après un extrait de son travail publié par J. Baron. M. Verheyen, dans son intéressant *Mémoire sur la vaccine primitive* (1847), donne une courte analyse de Thiélé, peut-être aussi empruntée au *Journal de Schmidt*, et ne dit que quelques mots de Ceely. M. Bousquet, en 1848, a puisé dans les ouvrages précédents presque tout ce qu'il a dit de Thiélé, et a traduit un fragment de Ceely; mais le reste du travail de l'auteur anglais paraît avoir peu fixé son attention; car il ne parle que d'*une figure* qui éclairerait le texte, tandis que, des trente-cinq planches du mémoire de Ceely, *vingt-sept* ont rapport soit au résultat de la *variolation* de la vache, soit aux vaccinations faites avec le produit de cette variolation. Or, c'est uniquement sur ces citations de MM. Steinbrenner, Verheyen, Bousquet, que, depuis, on a jugé les recherches des deux expérimentateurs.

On voit par là quelle valeur on peut accorder aux assertions des orateurs qui ont affirmé que ces expériences heureuses méritaient *peu de confiance*, parce que ni eux, ni beaucoup d'autres, n'ont pu les répéter avec le même succès. On en a dit autant des expériences de Loy, faute de les avoir lues, comme je crois l'avoir montré ailleurs (1). Comment ne craint-on pas de renouveler la même faute dans cette circonstance ?

De singulières méprises ont été occasionnées par ces reproductions d'extraits divers, sans que l'on prît la peine de consulter les textes. Ainsi on lit dans l'ouvrage de M. Bousquet, — et il l'a répété à la tribune académique, — que Thiélé préférait, pour ses inoculations sur la vache, le virus varioleux sec au virus frais pris immédiatement dans la pustule; qu'en outre, ce médecin mêlait un peu de lait au virus, sans quoi celui-ci pouvait donner aux enfants une *variole véritable*. Suivant le récit de M. Bousquet, les enfants vaccinés par Thiélé avec le virus repris sur la vache avaient la fièvre *deux fois, d'abord du troisième au quatrième jour, puis plus intense du onzième au quatorzième jour*. Or, tout cela est inexact; Thiélé a fait mention de toutes ces particularités à propos d'un

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIX, p. 590.

autre genre d'expériences ayant pour objet de vacciner directement avec le virus varioleux, sans le faire passer par la vache, et c'est par suite d'une confusion regrettable que M. Bousquet les a appliquées aux expériences de ce médecin sur la transformation du virus varioleux en virus vaccin par l'intermédiaire de la vache.

M. Bousquet ne peut croire que M. Thiélé ait eu *tant de bonheur* dans ses inoculations de la variole aux vaches, après avoir échoué dans ses tentatives pour leur communiquer la vaccine, tandis que mon savant collègue fait prendre aisément chez elles la vaccine et n'a pu réussir avec la variole. Cette circonstance ne me paraît pas de nature à infirmer les faits de M. Thiélé; M. Bousquet a lui-même longtemps échoué dans ses vaccinations sur la vache, et M. Thiélé n'a réussi avec le virus varioleux que lorsqu'il a eu trouvé certaines conditions de succès dont M. Bousquet n'a pu tenir compte quand il a fait les mêmes expériences, ne connaissant pas alors les recherches du médecin russe.

Au printemps de 1836, une épidémie de variole sévissait à Casan; beaucoup de vaccinés étaient atteints. M. Thiélé, craignant un affaiblissement du vaccin et voulant se procurer un moyen de préservation plus puissant, fit inoculer le virus varioleux à une vache par le docteur Fomin. Plusieurs enfants furent vaccinés avec le produit de cette inoculation; ce nouveau virus fut transmis au docteur Thiélé et inoculé à d'autres enfants en sa présence. En 1839, ce virus en était à sa soixante-quinzième génération et avait servi à vacciner plus de trois mille individus. M. Thiélé avait fait en même temps pratiquer l'inoculation de la variole aux vaches dans plusieurs localités, où l'on employa à des vaccinations le produit obtenu. En 1838, il fit répéter sous ses yeux, avec le même succès, cette expérience de la *variolation* de la vache. L'éruption produite chez l'homme ne différait pas de la vaccine ordinaire; elle était seulement plus intense et accompagnée de plus de trouble de l'économie dans les premières inoculations. Suivant l'auteur, le plus ou moins de gravité de la variole n'influe pas essentiellement sur la vaccine produite; car, dans un cas où l'on prit le virus d'une variole confluente, dont l'enfant mourut, le liquide fourni par la vache ne donna lieu qu'à une vaccine parfaitement naturelle.

M. Thiélé recommande, pour réussir dans ces tentatives: 1° de choisir de préférence des vaches récemment vêlées, de quatre à six ans, et qui aient les trayons blancs, afin de mieux voir les pustules; 2° de ne pas opérer l'hiver, de tenir l'animal dans une étable chaude, à la température d'environ 15 degrés Réaumur, de le nourrir comme

à l'ordinaire et de le traire régulièrement; 3o d'inoculer à la partie postérieure du pis, afin que la vache ne puisse pas lécher la place, de faire les piqûres un peu plus profondes que chez l'homme, en rasant d'abord les poils, et de mettre ensuite un bandage; 4o d'employer un liquide varioleux limpide, puisé dans des pustules transparentes, perlées, et de le prendre au moment de s'en servir, ou au moins de ne pas inoculer un virus conservé depuis plus de dix à vingt jours. M. Thiélé décrit avec soin les phénomènes qu'on observe sur les vaches inoculées; trois à six piqûres d'insertion ne donnent ordinairement qu'une ou deux pustules. Le liquide repris sur la vache peut être inoculé aux enfants immédiatement, ou après quelque temps de conservation.

Les expériences de Thiélé firent sensation en Allemagne. Le docteur Reiter, de Munich, avait, pendant dix ans, inutilement tenté l'inoculation de la variole sur plus de cinquante vaches, quoiqu'il eût parfaitement réussi à faire prendre la vaccine sur plusieurs de ces animaux. A la nouvelle des expériences de M. Thiélé, il se remit à l'œuvre. Deux vaches furent inoculées avec du virus varioleux; l'une d'elles eut une pustule, dont le liquide, inséré aux deux bras d'un enfant, lui donna une éruption sur laquelle je reviendrai dans un instant.

M. Ceely, ainsi que je l'ai dit, n'avait pas connaissance des tentatives de M. Thiélé, lorsqu'il entreprit les siennes en 1838 et 1839. Il expose, dans tous leurs détails, les résultats d'une de ses séries d'expériences, qui comprend trois cas de *variolation* de la vache, dont deux ont réussi. C'est sur de jeunes génisses, aux lèvres de la vulve ou dans leur voisinage, qu'il a inoculé le virus varioleux. Dans la première expérience qu'il rapporte, il inocula ce virus d'un côté, et du vaccin ordinaire de l'autre. Dans la seconde, il n'employa que le virus varioleux. Il décrit, jour par jour, la marche des pustules sur ces deux animaux; de très-belles figures coloriées, au nombre de six pour la première expérience, de sept pour la seconde, représentent les principales phases de ce cowpox artificiel, depuis la première apparition des papules jusqu'à la dessiccation et à la cicatrisation des vésico-pustules qui leur succédèrent.

Le liquide des pustules varioleuses du premier animal fut inoculé par accident à M. Taylor, aide de M. Ceely, qui eut une éruption locale caractéristique, accompagnée de roséole générale.

On inocula à des enfants les deux sortes de virus qu'avait reçus cette première génisse. Les éruptions qui en résultèrent furent

transmises à d'autres enfants, et après quelques inoculations, on ne pouvait plus distinguer les boutons originaires de l'une et de l'autre source.

Le liquide des pustules du second animal, provenant uniquement du virus varioleux, développa sur d'autres enfants des pustules, d'abord d'un volume médiocre, et en petit nombre relativement au nombre des piqûres, comme l'auteur l'avait vu dans l'inoculation directe du cowpox spontané, et comme M. Bousquet l'a observé dans ses premières vaccinations avec le cowpox de Passy. De même aussi que dans ces dernières circonstances, les pustules ont grossi et ont augmenté de nombre dans les inoculations suivantes. Elles avaient tous les caractères des pustules vaccinales. Seulement, l'inflammation, la fièvre et les autres symptômes généraux furent assez souvent plus intenses que dans la vaccine ordinaire, et il survint quelquefois des éruptions diverses au delà du lieu d'insertion du virus. Je reviendrai plus loin sur ces différences.

Trente-cinq figures représentent, d'après nature, quelques-uns des résultats de toutes ces inoculations de la vache à l'homme, jusqu'à la quatorzième génération du virus.

M. Ceely porte à plus de deux mille le nombre des vaccinations pratiquées avec son vaccin variolique, soit par lui, soit par les médecins auxquels il en a adressé; en 1840, ce vaccin avait atteint sous ses yeux sa soixantième génération, et il conservait toujours le même caractère.

M. Ceely établit, de même que Thiélé, quelques règles propres à rendre plus probable le succès de l'inoculation de la variole à la vache; elles sont relatives au choix du sujet, de la saison, et à la manière d'opérer.

De jeunes vaches laitières qui n'aient pas eu le cowpox, qu'on inocule aux trayons, vers la base et en arrière, pour éviter le frottement des doigts quand on les trait, lui paraissent les meilleurs sujets à prendre. Si l'on se sert de plus jeunes animaux, génisses ou taureaux, on les inoculera à la vulve ou au scrotum, et l'on donnera la préférence à ceux qui ont la peau fine et d'une couleur claire. L'auteur a trouvé de l'avantage à faire les piqûres entre la lèvre de la vulve et la tubérosité sciatique. Il croit qu'il serait bon, pour mieux disposer la peau à l'absorption, de la couvrir d'un emplâtre adhésif huit ou quinze jours auparavant. Les incisions doivent traverser toute l'épaisseur du derme. Le virus varioleux sera liquide autant qu'il se pourra; on le prendra de bonne heure, au cinquième ou sixième jour, et pas plus tard que le septième ou le

huitième jour; on en introduira le plus possible. Une température douce et humide paraît la plus favorable.

Cette analyse rapide suffira pour faire sentir l'importance d'un travail qui n'occupe pas moins de la moitié d'un mémoire de près de 140 pages; le reste traite du cowpox spontané, des résultats de son inoculation et de ceux de la vaccination des vaches ou *rétro-vaccination*. Ajouterai-je que cinq médecins et un vétérinaire ont été témoins des expériences de M. Ceely, que ce médecin était et est encore estimé pour son savoir et son honorabilité, qu'il possédait des connaissances spéciales sur la matière, s'étant livré depuis nombre d'années à l'étude de la vaccine et de la variole, enfin, que son langage porte l'empreinte de la candeur et de la sincérité?

Sans chercher à étendre la liste des exemples de succès de l'inoculation de la variole à la vache, je crois pouvoir conclure des seules expériences de MM. Thiélé et Ceely que, conformément à l'opinion de M. Depaul et en dépit des assertions contraires, émises à la tribune de l'Académie de médecine, la variole humaine est inoculable à certains animaux, à ceux de l'espèce bovine en particulier.

Mais Thiélé, Ceely se sont-ils trompés dans leur appréciation de la nature du produit qu'ils ont obtenu? C'est ce que je vais examiner maintenant.

2e *Question*. Est-ce la variole, est-ce la vaccine que l'on a donnée aux enfants en reprenant le virus des vaches variolisées? Question ardue, fort controversée et qui demande un examen d'autant plus approfondi.

Thomas Brown, d'Edimbourg, qui a pratiqué l'inoculation de la variole, à partir de 1790, chez un nombre considérable d'enfants, et qui ne s'est pas montré plus tard vaccinateur moins zélé, a soutenu, en 1842, que Ceely n'avait fait autre chose qu'inoculer la variole en la reprenant à la vache; il se fonde sur les effets locaux et généraux décrits par Ceely, qu'il dit pareils à ceux de l'inoculation variolique.

C'est cette même thèse que M. Bousquet a soutenue, en 1848, avec talent et conviction; car, alors, il n'élevait pas de doute sur la réalité des éruptions produites sur la vache par M. Ceely; il ne s'attaquait qu'à leur nature.

Quoique Thiélé lui fût un peu plus suspect, mon honorable collègue l'a aussi combattu avec les mêmes armes. Mais ici, il ne fait que répéter l'erreur que j'ai déjà signalée, lorsqu'il rapproche les effets observés par Thiélé de ceux de la variole inoculée. C'est, je le redis encore, uniquement à l'occasion de ses expériences d'inocula-

tion directe avec le virus varioleux affaibli, que Thiélé indique une fièvre primitive et une fièvre secondaire, qu'il conseille de mêler un peu de lait au virus, pour ne pas produire une variole véritable. L'argumentation de M. Bousquet porte donc à faux dans ce cas. Quant à la marche de l'éruption après l'inoculation du virus repris sur la vache, M. Thiélé affirme que c'était celle de la vaccine ordinaire, et que le nouveau virus a donné constamment les mêmes résultats. Un fait ainsi énoncé ne peut être débattu contradictoirement; on ne peut que l'admettre, le rejeter ou rester dans le doute, suivant le degré de confiance qu'inspire son auteur.

M. Bousquet veut retrouver la variole dans les faits de M. Ceely, parce que les symptômes généraux se montraient souvent à deux époques, qu'il y en avait de primitifs et de secondaires, et que ce n'est pas là la marche de la vaccine. Mais ce n'est pas non plus celle de la variole inoculée; M. Bousquet lui-même nous l'a appris : « Dans la variole de l'art, dit-il, il y a deux éruptions, mais il n'y a qu'une fièvre. » Le fait est que les symptômes primitifs et secondaires de Ceely n'étaient pas séparés par un intervalle sensible, et qu'ils n'avaient rien de commun avec les *deux fièvres* de la variole spontanée. Le malaise commençait au cinquième, sixième ou septième jour; la fièvre survenait; quand elle avait lieu, au neuvième ou dixième, quelquefois au huitième, au moment où l'inflammation locale devenait plus forte; elle augmentait avec celle-ci et tombait avec elle. Qu'est-ce que ces phénomènes? M. Bousquet le sait parfaitement; il les a décrits lui-même après la découverte du cowpox de Passy; ce sont ceux qui accompagnent les vaccines intenses provenant presque directement du pis de la vache. Comment a-t-il pu oublier cela en discutant les faits de Ceely et leur opposer, pour nier leur nature vaccinale, la *bénignité* ordinaire de la vaccine?

M. Ceely a indiqué quelques éruptions générales qu'il a obtenues dans ses expériences. Il affirme que, dans aucun cas, elles n'ont offert la moindre apparence qui pût les faire considérer comme de nature varioleuse. Un enfant de six mois eut, dès les premiers jours, un *strophulus volaticus* tellement vésiculeux et tellement abondant, qu'on eut beaucoup de peine à persuader aux parents que ce n'était pas la petite vérole. Dans un petit nombre de cas, il est survenu une éruption vaccinale généralisée; il s'est montré plus souvent quelques pustules de vaccine surnuméraires à peu de distance des piqûres, ou même sur des parties plus ou moins éloignées. M. Bousquet voit dans ces dernières des pustules de variole; M. Depaul lui a justement répliqué que les vaccinations ordinaires présentaient

assez souvent la même particularité. Cette circonstance n'a donc pas toute la valeur qu'on pourrait être tenté de lui attribuer.

« Mais, dit M. Bousquet, la variole inoculée restait aussi très-souvent bornée aux boutons d'insertion, sans donner d'éruption générale ; il n'est donc pas bien merveilleux que le virus varioleux revenant de la vache en ait fait autant ; cela ne prouve pas qu'il se soit transformé en virus vaccin. » Il faut convenir que cet argument est fondé en principe ; toute la différence des deux maladies, sous ce rapport, gît dans la proportion des cas, les éruptions générales étant plus rares dans la vaccine, les éruptions purement locales plus rares après l'inoculation de la variole. Ce n'est donc que par une longue suite d'inoculations que l'on peut décider de la nature du virus ; s'il est varioleux, sa bénignité ne saurait se soutenir, et son caractère se révélera tôt ou tard par la fréquence ou l'intensité de l'affection éruptive générale. Remarquons néanmoins que les virus de Thiélé et de Ceely semblent avoir fait leurs preuves à cet égard par le grand nombre de vaccinations auxquelles ils ont fourni, et dont M. Bousquet n'a peut-être pas assez tenu compte. Plusieurs médecins, qui ont reçu du virus de Ceely, ont dit ce qu'ils ont vu des effets de ce virus ; leur témoignage est précieux à recueillir à ce point de vue.

D'après le récit de J. Baron, M. Coles et d'autres médecins auxquels il a remis le virus de Ceely en ont obtenu les pustules vaccinales les plus régulières, telles que les représentent les belles figures du premier mémoire de Jenner. Tous ceux qui les voyaient en étaient frappés, même lorsqu'ils n'étaient pas prévenus de leur provenance spéciale. La pureté de l'éruption contrastait avec l'aspect des produits d'autres vaccins alors en usage.

Baron, on le sait, était grand partisan de l'identité de la variole et de la vaccine, et on pourrait le soupçonner de partialité à l'égard d'expériences qui flattaient son thème favori. Mais Grégory, adversaire déclaré de l'*identité*, médecin de l'Hôpital de la variole à Londres, où l'on essaya pendant plusieurs mois le virus de M. Ceely, ne reconnaît pas moins explicitement la nature vaccinale de son produit. Suivant M. Verheyen, Grégory aurait déclaré, dans une lecture faite à la Société royale de Londres le 26 janvier 1841, que tous les sujets auxquels il avait inoculé la *lymphe variolo-vaccinale* de Ceely avaient « contracté des pustules varioleuses. » Je n'ai rien trouvé de semblable dans le mémoire de Grégory lu devant la Société royale à la date indiquée, et inséré dans les *Transactions de la Société médico-chirurgicale,* t. XXIV ; on y lit, au contraire, que,

« aux quatre causes (connues) du cowpox chez la vache, M. Ceely en a ajouté une cinquième, en montrant qu'on obtenait également la vaccine en appliquant aux surfaces muqueuses de la vache la matière de la variole de l'homme. » Il se produit alors, dit Grégory, un fluide *identique, dans toutes ses propriétés*, à celui qui se forme par un trouble spontané de l'organisme chez la vache, par la contagion, par la communication du *grease*, ou par l'insertion du vaccin humanisé. M. Verbeyen aura été trompé par le supplément de la traduction allemande du travail de Ceely, d'après lequel il a cité le mémoire de Grégory. Celui-ci revient encore sur ce sujet dans une lettre insérée dans la *Gazette médicale de Londres* en novembre 1841 ; il y parle de nouveau, comme d'un fait démontré, de la production du vaccin par l'inoculation variolique de la vache, et se borne à combattre les conséquences qu'on a tirées de ce fait relativement à l'identité de la vaccine et de la variole, qu'il persiste à repousser de toutes ses forces ; loin de contester le résultat obtenu par M. Ceely, il cherche à l'expliquer à sa manière, de même que la production du cowpox par le *grease*, auquel, ainsi que M. Auzias-Turenne, il refuse le nom de *variole équine*.

Le docteur Estlin, de Bristol, s'exprime comme il suit dans la *London medical Gazette* du 27 décembre 1839 : « J'ai reçu de M. Ceely un peu de la matière variolique que, dans le cours de ses magnifiques expériences, il a convertie en virus vaccin ; je l'ai employée dans sept inoculations successives et je n'ai jamais vu de pustules plus belles ; ni dont la marche ait été plus complétement satisfaisante, que celles qui ont été produites par cette lymphe. Je n'ai vu, dans aucun cas, l'inflammation profonde du tissu cellulaire, qui était très-commune dans les premières vaccinations avec le cowpox de Berkeley de 1838, et qui s'observe encore quelquefois aujourd'hui. Les croûtes qui se formaient le quatorzième jour offraient les caractères attribués à la meilleure vaccine. J'ai également réussi avec du virus desséché conservé pendant sept semaines. »

Carl Mühry, de Hanovre, se trouvant en Angleterre, reçut de M. Coles du virus de Ceely à la trente-sixième génération, et l'envoya aussitôt à son frère, M. Adolphe Mühry, et à M. Schneemann, qui constatèrent avec le docteur Mühry père les bonnes qualités de ce vaccin. En mars 1860, C. Mühry en envoya de Hanovre à l'illustre Casper, de Berlin ; ce virus était alors à sa quarantième génération ; essayé sur deux enfants, il ne donna pas de boutons, ce qui arrive souvent, comme on le sait, avec le virus desséché.

MM. Ad. Mühry et Schneemann ont eux-mêmes rendu compte, après la mort de C. Mühry, des vaccinations faites à Hanovre avec la lymphe de Ceely. Nous avons expérimenté comparativement, dit le premier, ce virus et celui de notre institut de vaccine, et nous n'y avons trouvé aucune différence, soit dans l'effet local, soit dans les phénomènes généraux. Ce médecin parle toutefois d'une éruption secondaire, légèrement papuleuse; mais il ne donne aucun détail et se borne à dire qu'elle ne présentait rien d'insolite.

Les pustules, dit M. Schneemann, étaient tout à fait semblables à celles de la vaccine ordinaire, et ne leur étaient supérieures ni par le volume, ni par l'étendue ou la coloration de l'auréole inflammatoire. Ce renseignement est intéressant; car il montrerait que ce virus se serait comporté comme le cowpox spontané, comme celui de Passy, par exemple, dont l'activité exagérée s'est assez promptement émoussée par la multiplicité des transmissions.

Les frères Mühry ont publié, dans le Journal de Casper, une analyse du mémoire de Ceely, dans laquelle ils embrassent chaudement la doctrine de l'*identité*; j'ignore ce qui a pu conduire M. Verheyen à leur prêter une opinion opposée.

Ces divers témoignages, jusqu'à ce jour inconnus en France, n'établissent pas, on le voit, que le vaccin de Ceely ait fini par donner la variole; ils tendent plutôt à faire admettre qu'il a conservé les propriétés du vrai vaccin.

Mais on a cité d'autres expérimentateurs, qui auraient vu la variole se développer après l'insertion du liquide virulent, repris sur des vaches variolisées.

J'ai parlé plus haut de l'expérience de Reiter, de Munich. L'enfant qu'il vaccina avec le liquide de la pustule unique qu'il était parvenu à produire sur une vache eut, outre deux pustules au bras, une éruption secondaire, générale, d'une quinzaine de boutons, avec symptômes fébriles, au dixième jour. Cet enfant se rétablit promptement; les pustules du corps se desséchèrent rapidement; il n'y eut point d'odeur varioleuse. C'est là un fait isolé, analogue à ceux que Ceely a vus plusieurs fois, et rien ne prouve que cette éruption fût une véritable variole plutôt qu'une vaccine généralisée.

M. Verheyen cite, d'après un ouvrage de Viborg, qui date de 1805, des expériences faites à l'Ecole vétérinaire de Berlin, dans lesquelles la matière des pustules de la vache, « inoculée à l'homme, donna lieu à une éruption varioleuse. » D'après J. Baron, ces expériences, qui remonteraient à 1801, seraient un exemple de succès de l'inoculation de la variole à la vache. L'un et l'autre énoncés

sont trop vagues pour permettre d'apprécier la valeur de ce document.

Enfin, M. Bousquet citait, en 1848, des expériences *qu'on venait* de faire en Angleterre, et qui avaient eu d'abord pour résultat de donner une éruption locale aux premiers enfants inoculés avec le virus repris sur la vache; mais, plus tard, *il s'en est trouvé qui ont eu une variole complète*. M. Bousquet ne nomme pas les expérimentateurs, ne dit pas à quelle source il a puisé ce renseignement si incomplet; pour toute preuve de son authenticité, il se contente d'ajouter que « l'autorité a fait défense de communiquer ce virus. » Jusqu'à plus ample informé, il me semble difficile de tenir grand compte de ce fait.

En définitive, s'il ne paraît pas possible, dans l'état actuel de la science, de résoudre d'une manière absolue la question de la transformation du virus varioleux en vaccin par l'intermédiaire de la vache ou d'autres animaux, de grandes probabilités, qui ressortent des faits les mieux connus, militent en faveur d'une solution affirmative. Ces faits suffisent assurément pour justifier d'avance les médecins qui, en cas de nécessité, auraient recours au virus varioleux, modifié par son passage à travers l'organisme de la vache ou du cheval, pour remplacer le virus vaccin qui leur ferait défaut. Ce serait là, sans contredit, un procédé préférable à l'inoculation directe de la variole ou même de la varioloïde de l'homme.

Si l'avenir donne plus complétement raison à MM. Thiélé et Ceely, on aura sous la main une source de vaccin des plus abondantes, qui suppléera au besoin au vaccin humain, au cowpox spontané et à l'équine.

Cependant, dans cette supposition, il manquerait encore à cette méthode, pour qu'elle devînt *pratique*, des moyens plus sûrs de faire *prendre* la variole humaine sur les animaux, sans être obligé de multiplier les expériences, en quelque sorte à l'infini. Les inoculations de la variole aux chevaux, qui se poursuivent en ce moment, conduiront sans doute à la découverte de meilleurs procédés; les conditions de succès indiquées par MM. Thiélé et Ceely pourront éclairer ce genre de recherches, et les habiles expérimentateurs qui ont déjà réussi maintes fois à communiquer à la vache et au cheval la vaccine de l'homme et la variole équine ne peuvent manquer de parvenir à leur transmettre également la variole humaine, et à doter notre art d'un mode de *variolisation* des animaux susceptible de devenir usuel et d'un emploi, pour ainsi dire, vulgaire.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement de la péritonite partielle par la ponction à l'aide du bistouri.

Par M. le docteur E. Henvieux, médecin de la Maternité.

Comparer la péritonite avec la pleurésie, quoi de plus naturel et de plus légitime? Que d'analogies et combien intimes se découvrent quand on poursuit attentivement et dans les détails les plus circonstanciés de leur histoire le parallèle entre ces deux grandes affections! Mais si ces analogies sont incontestables au point de vue pathologique, pourquoi n'existeraient-elles pas également au point de vue thérapeutique.

La thoracentèse appliquée au traitement de la pleurésie a été tout récemment, dans le sein de la Société médicale des hôpitaux, l'objet d'une longue et savante discussion; malgré une divergence plus apparente que réelle dans les opinions, tout le monde a été d'accord pour reconnaître l'opportunité de l'opération dans certains cas déterminés; sans nul doute le temps et l'expérience ont fait justice de quelques exagérations, mais ce mode de traitement n'en a pas moins été jugé bon et utile; il n'en reste pas moins acquis à la thérapeutique de la pleurésie, en tant qu'il sera employé avec discernement et pour satisfaire à quelques indications spéciales.

Ce qui est vrai de la thoracentèse appliquée à la pleurésie le sera un jour, je n'en doute pas, de la paracentèse abdominale appliquée à la péritonite. Mais ce jour ne viendra que quand la lumière se sera faite pour les différentes variétés de péritonite, comme elle s'est faite depuis une trentaine d'années pour les diverses espèces de pleurésie. En attendant que cette œuvre considérable soit accomplie, en attendant qu'on ait débarrassé l'histoire des péritonites de toutes les obscurités qui la voilent, qu'il me soit permis de présenter ici la relation d'un fait dans lequel l'intervention chirurgicale a été suivie d'un succès complet, puis je rapprocherai de ce fait ceux qui ont quelque analogie avec lui dans la science, et enfin je rechercherai quelles sont les déductions pratiques qu'on est autorisé à tirer du rapprochement de ces observations.

Obs. *Péritonite pelvienne consécutive à une inflammation du ligament large gauche. — Ouverture de la paroi antérieure de l'abdomen à l'aide du bistouri. — Issue du liquide épanché. — Abcès mammaires; ouverture de ces abcès. — Cicatrisation des ouvertures abdominales et mammaires. — Guérison complète. —*

La nommée Gaillard, primipare, âgée de vingt ans et demi, accouche à la Maternité, le 2 janvier 1863, d'une fille vivante, à terme et pesant 3,050 grammes. Durée du travail : dix-neuf heures; délivrance naturelle.

Originaire d'Arras, cette femme habite Paris depuis l'âge d'un an. Sa mère est morte à dix-neuf ans, en couches; son père jouit d'une bonne santé. Elle porte au médius et au petit doigt de la main gauche les traces d'une ostéite très-probablement scrofuleuse. Les phalanges de ces doigts sont atrophiées, déformées et déviées de leur direction naturelle. La malade ne peut nous donner aucun détail sur l'origine de cette difformité; mais elle dit avoir passé, étant enfant, dix-huit mois à l'hôpital des Enfants malades.

Sa grossesse avait été bonne; mais le lendemain de son accouchement on lui administra 15 grammes d'huile de ricin, et ce purgatif donna lieu à des évacuations qui persistèrent les jours suivants sous forme de diarrhée et s'accompagnaient dès le 5 janvier de fièvre et de douleurs abdominales.

7 janvier. Ventre développé, très-sensible à la moindre pression; diarrhée, inappétence, soif vive, langue saburrale; chaleur moite à la peau; pouls à 88. Eschares vulvaires. Diminution notable de la sécrétion lactée; la malade nourrit.

Cet état persiste jusqu'au 16 janvier, sans aggravation ni atténuation appréciable dans les accidents.

A cette époque se produit une amélioration dans l'état général, amélioration qui se prononce davantage les jours suivants. La diarrhée cesse, la langue se nettoie, la fièvre tombe, l'appétit renaît; le ventre reprend sa souplesse normale.

23 janvier. Le pouls s'accélère un peu; pas de diarrhée; l'appétit persiste; mais en explorant la région iliaque gauche, on sent un peu d'empâtement.

25 janvier. Douleurs assez vives dans cette région; on y perçoit distinctement par le palper une tumeur assez profondément située, dure, large, résistante et qui paraît être en continuité avec l'utérus; pouls à 100; trois garde-robes en diarrhée.

Du 26 au 31, la tumeur iliaque augmente de volume; elle est de plus en plus dure, résistante, sensible à la pression; elle devient le siége de picotements analogues à ceux que produirait une épingle; le pouls est petit et fréquent, de 110 à 120; la langue un peu sèche, mais l'expression faciale bonne et l'appétit conservé. Six ventouses scarifiées sur la région iliaque gauche, cataplasmes et onctions avec l'onguent napolitain belladoné.

1er février. Toute la région iliaque gauche est comme tendue, soulevée, douloureuse; la tumeur qu'elle forme s'est élargie et se rapproche visiblement de la ligne médiane de l'abdomen. Quatre à cinq vomissements de matières bilieuses, diarrhée, évacuations involontaires, soif vive; pouls irrégulier, intermittent à 108; prostration des forces, altération des traits, excavation des yeux.

3 février. La tumeur a atteint la ligne médiane, qu'elle tend à déborder. Elle s'élève jusqu'à l'ombilic, au-dessous duquel elle forme une saillie appréciable à l'œil nu. L'exploration par le vagin permet de reconnaître que le col utérin est effacé, et que son orifice occupe l'extrémité la plus reculée de la cavité vaginale. De plus, l'index perçoit à travers la paroi antérieure du vagin et dans une étendue considérable une résistance produite apparemment par la portion pelvienne de la tumeur. Cette région est très-sensible au toucher et la moindre pression exercée par l'extrémité de l'index y provoque des douleurs extrêmement vives. Sueurs profuses depuis quelques jours; pouls assez calme à 96; pas d'appétit, toujours de la diarrhée; sommeil assez bon. Le papier de tournesol bleu ne rougit pas au contact de la sueur, le papier rouge ne passe pas au bleu. La transpiration présente donc ce fait digne de remarque qu'elle est neutre au lieu d'être acide.

5 février. La tumeur occupe toute la région hypogastrique moins la fosse iliaque droite. Saillie considérable sur la ligne médiane; mollesse fluctuante de la tumeur dans une étendue de trois à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; sur les confins de la saillie hypogastrique on sent une zone dure et résistante qui correspond selon toute apparence à la zone adhérentielle; sensibilité très-vive sur les points envahis; abattement; pouls petit, à 120; langue un peu sèche, diarrhée, soif vive.

9 février. Frisson très-violent qui a duré une demi-heure; la muqueuse buccale est couverte de muguet, la salive fortement acide; soif intense. La tumeur hypogastrique fait une saillie de plus en plus prononcée, et la fluctuation s'y perçoit dans une étendue de plus en plus grande.

10 février. Je pratique sur le point le plus culminant de la tumeur, c'est-à-dire sur la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une ponction avec le bistouri, ponction que j'agrandis d'autant plus facilement, que la paroi abdominale antérieure a subi dans ce point un amincissement notable. Un flot de liquide s'échappe aussitôt, liquide constitué d'abord par une sérosité opaline, puis un peu plus trouble, puis mêlée de flocons purulents

et pseudo-membraneux, puis enfin d'un pus assez épais et d'une fétidité extrême. Deux litres de liquide environ sont ainsi évacués. Au moment de l'opération l'affaissement de la malade était extrême, le pouls petit et faible, la face congestionnée, la langue rouge, comme vernissée et toujours couverte de muguet; elle avait de la diarrhée et des vomissements de matières bilieuses. (Cataplasme sur l'abdomen, vin de Bagnols, 120 grammes; bouillons et potages.)

11 février. Il s'est écoulé pendant toute la journée d'hier et toute la nuit une quantité considérable de pus épais, jaunâtre, bien lié, et tellement fétide, qu'il infecte la malade elle-même. Le ventre est affaissé, à peine sensible à la pression dans toutes ses parties; face moins congestionnée, peau moins chaude, pouls à 108, langue rouge, mais plus humide; moins de diarrhée; état général meilleur.

Les jours suivants la suppuration continue à sortir par l'ouverture artificielle, en présentant toujours les mêmes caractères; la peau reste assez chaude, le pouls à 96, l'appétit médiocre, les selles liquides; encore quelques vomissements.

16 février. Le sein droit est devenu douloureux; excoriation légère au sacrum; mêmes symptômes généraux que les jours précédents.

19 février. Une collection purulente s'est formée dans le sein droit, laquelle occupe la partie inféro-externe de l'organe. Une ponction pratiquée avec le bistouri dans cette région donne issue à un liquide séro-purulent mélangé de quelques grumeaux blanchâtres. La plaie abdominale fournit toujours une certaine quantité de pus jaune verdâtre. La pression sur les parties voisines de cette plaie ne détermine pas aussi facilement l'issue du liquide purulent. Etat général toujours le même.

25 février. Nous constatons plus de sensibilité et de rénitence que de coutume dans la région iliaque gauche. En même temps le sein droit reste dur, engorgé, lourd, rouge et volumineux; chaleur à la peau, pouls à 104, langue sèche, soif vive, anorexie, toux; expectoration muqueuse.

Les jours suivants, redoublement de la suppuration par la plaie abdominale et amendement dans les symptômes généraux.

8 mars. Nouvelle ponction sur le sein droit au voisinage du mamelon. Un séton est passé par cette ouverture et conduit jusqu'à la première incision, de manière à empêcher les effets de la rétention du pus. La plaie abdominale ne suppure presque plus, et le ventre a repris presque partout sa souplesse normale.

A dater de ce jour l'amélioration des symptômes, tant locaux que

généraux, n'a cessé de faire des progrès. Le 14 mars, la fistule abdominale était entièrement cicatrisée. Le 1er avril, les plaies du sein droit étaient fermées et cet organe parfaitement guéri. A cette époque, la malade se levait et mangeait deux portions. Le 15 avril, elle partait pour le Vésinet, entièrement rétablie et ne présentant plus trace de tous ses accidents.

En résumé, on voit dans cette observation qu'un phlegmon du ligament large gauche a été le point de départ d'une péritonite partielle, laquelle, bornée d'abord à la région iliaque gauche, s'est étendue ensuite à la région hypogastrique, de manière à venir faire saillie sur la ligne médiane dans tout l'espace compris entre l'ombilic et la branche horizontale du pubis ; que ces accidents locaux se sont accompagnés de symptômes généraux graves, tels que fièvre, sueurs profuses, congestion de la face, rougeur et sécheresse de la langue, muguet, vomissements, et diarrhée persistante ; que la tendance de cette vaste collection liquide à s'ouvrir à l'extérieur et au voisinage de la région ombilicale nous paraissant démontrée par l'amincissement de la peau et la saillie plus considérable de la tumeur dans cette région, nous résolûmes, sans attendre la perforation spontanée de la paroi abdominale antérieure, d'intervenir chirurgicalement à l'aide du bistouri ; que l'incision largement pratiquée donna issue, séance tenante, à environ deux litres d'un liquide d'abord séreux et un peu louche *comme dans la péritonite*, puis mélangé de flocons purulents et pseudo-membraneux, puis enfin franchement purulent ; qu'aucune anse intestinale ne se précipita dans l'ouverture artificielle, comme on aurait pu s'y attendre et comme cela fût arrivé, si on avait eu affaire à une péritonite généralisée et non à une péritonite partielle circonscrite ; que, pendant les premières vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, il s'écoula encore une quantité considérable de pus ; que cet écoulement alla toujours diminuant jusqu'au quinzième jour après l'incision, époque à laquelle une nouvelle poussée semble avoir eu lieu du côté de la fosse iliaque gauche ; que le lendemain de ce jour il y eut, en effet, une augmentation notable de l'écoulement purulent, mais qu'au bout de quelques jours tout rentra dans l'ordre, de telle sorte que, six semaines après l'ouverture artificielle, la cicatrisation de la fistule abdominale était complète.

Notre observation mentionne encore comme complications intéressantes : 1° deux abcès du sein droit successivement ouverts par le bistouri et guéris quinze jours après l'occlusion de la plaie abdominale ; 2° une eschare au sacrum, qui se cicatrisa vers la même

époque, ce qui permit à la malade de partir pour le Vésinet, radicalement guérie, trois mois après son accouchement.

J'ai revu quelques mois après cette même malade. Non-seulement elle n'avait éprouvé aucune suite fâcheuse de son affection abdominale, mais elle avait recouvré une santé plus parfaite que jamais.

J'ai trouvé dans la thèse d'un ancien interne des hôpitaux, et des plus distingués, M. le docteur Féréol, une observation qui présente beaucoup de points communs avec le fait que je viens de rapporter.

Comme dans mon observation, il s'agit d'une femme en couches chez laquelle une inflammation du ligament large du côté gauche donna lieu à une péritonite. Seulement la péritonite, au lieu de rester locale, se généralisa; elle se compliqua d'abcès mammaires et de phlegmatia alba dolens, et se termina par la perforation spontanée de la paroi abdominale dans le voisinage de l'ombilic, d'une part, et de la paroi vaginale un peu en arrière et à gauche du col utérin, d'autre part. La collection péritonéale s'évacuait pendant la vie par ces deux ouvertures. La malade succomba peu de temps après aux suites d'une phthisie pulmonaire parvenue au troisième degré. (Thèses, Paris, 1859.)

M. Féréol cite, dans son intéressant travail, quelques observations que je crois devoir mettre en regard des précédentes.

Telle est l'observation de Pujol intitulée : *Fièvre puerpérale suivie d'un épanchement dans l'abdomen et d'un dépôt énorme* (*Journ. gén. de méd.*, 1789, p. 44).

Dans ce fait, il s'agit d'une péritonite puerpérale généralisée qui fut traitée par la ponction avec le trocart au lieu d'élection. Six livres d'un liquide épais, visqueux, fétide, mélangé de bulles de gaz et de grumeaux caséeux furent évacuées par la canule. Mais au bout de quelques jours le bas-ventre recommença à devenir douloureux ; une collection purulente se reforma et vint faire saillie dans la région ombilicale. On l'ouvrit avec une lancette sur le tubercule ombilical ; il ne sortit d'abord qu'un verre de pus ; mais, quatre jours après quelques livres d'un liquide bourbeux et fétide se firent jour par l'ouverture. La fistule ombilicale ne se ferma qu'au bout de six mois, mais la guérison fut parfaite.

Sous ce titre : *Péritonite avec épanchement purulent, évacuation spontanée du pus à travers les parois abdominales. — Guérison.* — Le docteur Aldis, cité par Valleix, a publié dans le *Journal médical et chirurgical d'Edimbourg* (octobre 1847) le fait suivant :

Une petite fille de sept ans, à la suite d'accidents de péritonite,

présente vers le milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le rebord costal du côté droit une tumeur fluctuante, qui s'ouvre spontanément et donne issue à cinq pintes de matière purulente. Le liquide continue de s'écouler les jours suivants. Six semaines après, la plaie était fermée par une cicatrice solide, le ventre aplati et souple, et l'enfant parfaitement bien portante.

L'observation suivante, recueillie par M. le docteur Nicas dans le service de M. Rayer, et communiquée à M. Féréol, mérite d'être rapportée :

Une femme de vingt ans, chloro-hystérique, accouche le 8 décembre 1849. Travail lent, difficile ; accidents inflammatoires consécutifs ; douleurs abdominales suivies de la formation dans la région ombilicale d'une tumeur qui s'ouvre spontanément et donne issue à une grande quantité de pus. L'écoulement persiste quelque temps, puis un écoulement analogue se fait par le vagin ; au bout de trois mois cicatrisation complète.

Voici un autre fait, emprunté au *Recueil de chirurgie* de Mauquest de la Motte (édit. de Sabatier, obs. 52).

Une femme a un accouchement double difficile, qui nécessite la version pour le deuxième enfant ; au cinquième jour tout s'était bien passé, lorsqu'elle éprouve une émotion violente et est forcée de se lever pour aller au secours de son mari attaqué par plusieurs hommes. A la suite de cette scène, elle fut saisie d'une suppression totale de ses vidanges *avec tension par tout le ventre* et des douleurs beaucoup plus violentes que celles qu'elle avait souffertes pendant son travail. Je la saignai plusieurs fois du bras ; la violence des douleurs diminua un peu ; mais elles persévérèrent néanmoins plus de quarante jours que son ventre lui revint plus gros qu'il n'était avant son accouchement. L'on vint me chercher en grande diligence, une après-midi, ne croyant pas que je pusse trouver cette pauvre femme en vie, de la terrible manière que les douleurs avaient recommencé à se faire sentir. Je fus surpris, en arrivant, de trouver un seau de pus qu'elle avait vidé par une ouverture qui s'était faite, dans ces cruels efforts, *à quatre doigts au-dessous et à côté du nombril*, par laquelle était sortie et sortait encore cette effroyable quantité de matière.

Après que j'eus vu qu'il n'en sortait plus, même en pressant le ventre, je la pansai avec une tente à tête attachée à un fil couvert de suppuratif, un plumasseau couvert du même onguent, et un emplâtre de diachylon par-dessus. Elle guérit parfaitement et en peu de temps ; elle a eu plusieurs enfants depuis.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Féréol, le lieu de la perforation, la rapidité de la guérison pourraient faire croire ici à un abcès sous-péritonéal, mais les symptômes du début ressemblant à ceux de la péritonite, j'admettrais volontiers avec ce médecin distingué, qu'il y a eu là vraisemblablement une péritonite partielle s'abcédant au travers des parois abdominales.

Enfin on trouvera encore, dans la thèse de M. Féréol, une observation très-longue et très détaillée de M. Bernutz, intitulée : *Péritonite puerpérale, séro-adhésive dans la partie supérieure de l'abdomen, purulente, enkystée inférieurement ; perforation du cœcum, issue incomplète du pus ; diarrhée rebelle, marasme, mort.*

Voici les principales circonstances de ce fait :

Une femme de vingt-sept ans, primipare, accouche le 20 janvier 1859 à la Pitié ; le soir même, douleurs au bas-ventre ; le 22 au soir, frisson intense qui se renouvelle le lendemain matin. C'est le début de la péritonite qui, bornée d'abord à la fosse iliaque droite, s'étend à la gauche le 24 et à tout l'abdomen le 25. Le 27, on constate un épanchement abondant très-liquide et libre ; l'état général est des plus alarmants. Une amélioration se manifeste dans les symptômes locaux le 3 février, puis dans l'état général le 7, et on reconnaît que l'épanchement n'est plus libre dans la cavité abdominale. Diarrhée rebelle, pleurésie intercurrente, puis tout à coup abondante évacuation de pus par les selles. Nouvelle amélioration pendant quelques jours, mais l'écoulement de pus ne se renouvelle pas, l'affaiblissement s'aggrave ; une diarrhée incoërcible donne lieu à un marasme profond suivi de mort, au bout de plusieurs jours.

A l'autopsie, on trouve le pus enkysté au milieu d'adhérences qui l'isolent dans la partie droite du petit bassin, les deux fosses iliaques et la région hypogastrique ; le cœcum plonge dans ce foyer purulent. Cet intestin présente une double perforation qui, après avoir permis l'issue d'une certaine quantité de pus, a cessé de fonctionner, bien que les deux ouvertures fussent restées libres.

Cette observation sera rapprochée avec fruit de celles qui précèdent, parce qu'elle montre ce qu'il faut attendre de la nature quand le liquide enkysté dans le péritoine ne trouve pas une issue soit spontanée, soit artificielle, par la paroi abdominale antérieure.

Si nous ne nous sommes pas abusé sur la portée des faits que nous venons de mettre en regard de l'observation qui nous est propre, il y aurait lieu d'en inférer : 1° que certaines péritonites partielles, et notamment les péritonites pelviennes, sont susceptibles de s'abcéder à travers la paroi antérieure de l'abdomen ; 2° que l'ombilic ou la

région péri-ombilicale constitue le lieu de prédilection de ces perforations spontanées; 3° que la guérison est la conséquence la plus ordinaire de l'évacuation par cette voie de la collection intra-péritonéale; 4° que la guérison est d'autant plus sûre que l'évacuation est plus facile et plus complète.

Ceci posé, on se demande pourquoi la nature n'a pas plus souvent recours à un procédé si simple et qui donne des résultats si favorables. La raison en est facile à concevoir : c'est qu'il faut pour cela plusieurs conditions dont il n'est pas toujours facile d'obtenir le concours.

Et d'abord il importe avant tout que la péritonite ne se généralise pas, mais qu'elle se localise, qu'elle se circonscrive.

En second lieu, il faut que la collection péritonéale ainsi localisée s'enkyste, c'est-à-dire que des adhérences se forment et emprisonnent le liquide épanché comme dans un sac, de telle sorte que, bridé partout, ce liquide se trouve comme refoulé du côté de la paroi abdominale qu'il s'agit de traverser.

Enfin, une troisième condition de la perforation spontanée de la paroi abdominale antérieure, c'est que cette paroi soit assez mince dans l'espèce pour que le travail d'amincissement et la rupture ne soient pas trop retardés. Déjà, en effet, la superposition des couches nombreuses qui forment cette paroi, à savoir : le feuillet pariétal du péritoine; le tissu sous-péritonéal; les couches aponévrotiques, fibreuses, musculaires; le tissu cellulaire sous-cutané, et en dernier lieu la peau, deviennent autant d'obstacles qui opposent la plus sérieuse résistance à la perforation spontanée. Mais, supposez des muscles très-développés, des aponévroses épaisses, un tissu cellulaire sous-cutané très-chargé de graisse, ainsi que cela arrive chez un grand nombre de femmes, et vous comprendrez que ces obstacles puissent devenir invincibles. Aussi qu'arrive-t-il dans un très-grand nombre de cas ? C'est que la nature, après avoir fait d'inutiles efforts pour obtenir la perforation spontanée de la paroi abdominale antérieure, se décide à diriger sur d'autres points sa puissance perforatrice, et c'est ainsi qu'on voit la collection intra-péritonéale se faire jour par la vessie, le rectum, le vagin, l'S iliaque du colon, le cœcum, etc.

J'ai donné des soins, il y a un an (mars et avril 1863) à une jeune dame qui, à la suite d'accidents dysménorrhéiques, fut atteinte d'une péritonite pelvienne, laquelle se circonscrivit dans la zone hypogastrique et finalement manifesta une tendance des plus marquées à s'ouvrir par la paroi antérieure de l'abdomen. La tumeur, fluctuante

à son centre et circonscrite par une base très-dure, qui contrastait avec la souplesse de la paroi abdominale circonvoisine, faisait déjà au-dessous de l'ombilic une saillie très-prononcée. La collection intrà-péritonéale tentait évidemment une sortie à travers la paroi antérieure. Mais cette paroi, d'une épaisseur très-grande, opposant une résistance presque insurmontable, l'effort de la nature se porta sur le rectum qui s'ouvrit tout à coup pour livrer passage à plusieurs litres d'un pus infect. Appelé en toute hâte après cette évacuation, qui avait beaucoup effrayé le mari de la malade, je pus m'assurer que les matières évacuées n'étaient autre chose que le contenu du foyer purulent. A dater de ce jour, tous les accidents abdominaux s'amendèrent, et, au bout de trois semaines, la guérison était parfaite. Il n'y avait plus la moindre trace de pus dans les selles. Cette jeune femme jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

Reste à fixer la conduite du praticien dans des cas analogues à ceux que nous avons rassemblés dans ce travail.

Etant donnée une péritonite partielle qui tend à s'abcéder à travers la paroi abdominale antérieure, devra-t-on intervenir chirurgicalement ou se borner à l'expectation ? Il serait facile d'invoquer d'excellentes raisons théoriques et même des faits à l'appui de l'un ou l'autre de ces deux systèmes. Mais en thérapeutique, pas plus qu'en pathologie, il n'y a et il ne peut y avoir rien d'absolu.

En principe et d'une manière générale, si j'étais mis en demeure d'opter, j'inclinerais beaucoup plutôt vers l'expectation que vers l'action chirurgicale. Nous voyons, en effet, dans la plupart des cas que nous avons mis sous les yeux du lecteur, que la maladie abandonnée à elle-même s'est terminée par la guérison. Mais à ces cas on peut opposer 1° ceux dans lesquels la ponction, à l'aide du trocart ou du bistouri, a été suivie d'un résultat heureux, tels sont le fait de M. Pujol et le mien ; 2° ceux dans lesquels la paroi abdominale antérieure n'ayant pas été ouverte soit spontanément, soit artificiellement, la collection s'est évacuée d'une façon incomplète à travers l'un des viscères abdominaux, et la mort s'en est suivie. Tel est le cas de M. Bernutz.

Il s'agit donc beaucoup moins ici de prendre parti pour l'expectation contre l'action chirurgicale ou pour l'action chirurgicale contre l'expectation, que de bien préciser les indications qui réclament soit l'une, soit l'autre de ces deux méthodes thérapeutiques.

Lorsqu'une péritonite partielle tend à se faire jour à travers la paroi abdominale antérieure ; lorsque le travail de perforation ne rencontre pas de difficultés sérieuses ; lorsque l'état général reste

d'ailleurs satisfaisant, il faut se borner à surveiller, en les favorisant, les efforts de l'organisme.

Mais lorsque ces efforts sont impuissants; lorsque l'économie s'épuise dans une lutte énergique et désespérée ; lorsque la barrière qu'oppose au passage de la collection péritonéale la paroi antérieure de l'abdomen est trop solide ou trop épaisse pour être franchie; lorsque des accidents généraux graves se manifestent, d'ailleurs, et font redouter une mort prochaine, l'opération est indiquée.

Toutefois, avant d'y procéder, on devra s'assurer que la collection intra-péritonéale est bien circonscrite et enkystée; que le siége et les limites de la matité correspondante à la tumeur ne se déplacent pas, quelles que soient les attitudes données au tronc; que la saillie formée par cette tumeur donne à son centre le sentiment de la fluctuation, à son périmètre celui de la dureté et de la rénitence; enfin, que la collection tout entière fait corps avec la paroi antérieure de l'abdomen et ne présente aucune mobilité. A ces conditions seulement, on pourra pratiquer la ponction.

A quel mode opératoire faudra-t-il avoir recours ? S'il s'agissait, comme dans l'ascite, de l'évacuation d'un liquide séreux plus ou moins clair, plus ou moins limpide et sans mélange aucun de parties solides, le trocart pourrait être employé avec quelque avantage; et encore est-il probable qu'on serait obligé de recourir à d'autres ponctions ultérieures.

Mais on a pu voir par les observations que nous avons rapportées, que le liquide inclus dans la poche était presque toujours d'une certaine consistance, qu'il était souvent mélangé de flocons pseudomembraneux susceptibles d'obturer la canule, ou même trop volumineux pour s'y engager. Or, comment espérer obtenir l'évacuation parfaite du foyer avec une ouverture dont les dimensions seraient si restreintes? Et puis, ne sait-on pas qu'alors même qu'on y parviendrait, la sécrétion purulente continuerait après ce mode d'ouverture artificielle, et ce serait bientôt à recommencer.

Je crois, quant à moi que, dans ces cas de péritonite manifestement perforante, l'ouverture large et franche, à l'aide du bistouri, est le moyen le plus sûr et le plus prompt d'arriver à la guérison. Non-seulement, en effet, on échappe à l'inconvénient des ponctions multiples, mais encore on ouvre au foyer une large issue, qui prévient tous les effets fâcheux de la rétention du pus ou du moins de son évacuation incomplète. Quant aux dangers possibles de ce mode opératoire, ce seraient 1° la précipitation de l'intestin dans l'ouverture artificielle; 2° la pénétration de l'air extérieur dans le foyer.

Mais, dans toutes les observations que nous avons réunies on a pu voir que jamais aucune anse intestinale ne s'est présentée à l'ouverture soit naturelle, soit artificielle, et, d'une autre part, pourquoi redouterait-on les effets de l'introduction de l'air dans le foyer, puisque ce foyer est enkysté et sans communication avec le reste de la cavité péritonéale; et puisque, d'autre part, l'ouverture spontanée, qui ne s'opposait pas plus que l'incision à la pénétration du fluide aérien, bien loin d'être suivie d'accidents sérieux qu'on pût attribuer à cette dernière circonstance, s'est toujours terminée par la guérison des malades?

L'incision, une fois pratiquée, doit-on recourir à des injections médicamenteuses ou détersives? Dans le cas qui m'est propre, je me suis abstenu de toute injection et je crois qu'il est sage d'imiter cette conduite, à moins d'avoir des motifs particuliers d'agir autrement. Si par exemple le pus, au lieu de diminuer d'abondance et de prendre un bon aspect, s'altérait de plus en plus, devenait séreux, fétide, se mélangeait de gaz, etc., si ces accidents locaux donnaient lieu à des phénomènes d'infection putride, on serait autorisé à faire usage d'injections d'abord émollientes, puis antiseptiques. Mais, encore une fois, on ne saurait user à cet égard d'une trop grande réserve, l'injection pouvant rompre quelques adhérences et se répandre dans la cavité du péritoine.

Par les mêmes motifs, on devra s'abstenir de pressions sur le foyer ou sur son voisinage, d'explorations avec le stylet ou la sonde cannelée, en un mot de toute manœuvre susceptible de détruire le travail adhérentiel. Ce n'est que sous le bénéfice de toutes ces précautions qu'on peut se flatter d'obtenir par l'ouverture artificielle les résultats favorables que la perforation spontanée de la paroi abdominale antérieure suffit dans quelques cas à nous procurer.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la variabilité des préparations d'aconit et de son influence fâcheuse sur la pratique médicale; moyen de remédier à cet inconvénient.

Il est peu d'agents de la matière médicale indigène qui aient été aussi largement expérimentés que l'aconit; il en est peu qui aient été étudiés par des médecins de plus de mérite et de valeur que ceux auxquels nous devons des travaux sur cette plante. Cependant, si l'aconit, en raison de conditions aussi favorables et aussi propres à

mettre en lumière les propriétés dont il est doué, à en affirmer l'activité médicamenteuse et à en préciser les indications, s'est conquis une place dans tous les traités de thérapeutique, une chose est certaine néanmoins, c'est qu'il est très-peu employé dans la pratique courante. Beaucoup de praticiens l'ayant administré dans les cas spécifiés, les uns avec une prudence trop timide peut-être et trop tôt découragée, les autres avec plus de décision et de persévérance, ont cessé d'y avoir recours, n'ayant obtenu, ceux-ci pas plus que les premiers, aucun effet appréciable d'une substance qui d'une part est connue pour avoir donné lieu à des accidents redoutables, et qui d'autre part leur avait été présentée comme pourvue d'une réelle efficacité. A quelle cause doit être rapporté un tel résultat négatif, offrant un désaccord si complet avec ceux proclamés par les observateurs autorisés auxquels nous faisions allusion tout à l'heure, et si peu capable, du reste, il faut en convenir, d'inciter à poursuivre l'expérimentation ? C'est ce que nous nous proposons d'examiner ici ; nous rechercherons en même temps s'il n'existe pas un moyen d'empêcher un délaissement que nous regardons comme vraiment regrettable pour notre art.

Dans l'étude thérapeutique de la plupart des substances médicamenteuses, le côté pharmacologique de la question a une importance bien plus considérable que ne le suppose la masse des praticiens. Il y a chez beaucoup d'entre nous, sous ce rapport, il faut savoir le reconnaître, une insuffisance de vue qui est le résultat d'études médicales incomplètes. Ce qui fait d'un agent médicamenteux un remède, c'est la circonstance morbide : c'est donc à la démêler nettement qu'il faut d'abord s'appliquer, car faute de l'avoir fait, on s'exposerait à de fâcheux mécomptes. Qu'on soit en présence, par exemple, d'une fièvre intermittente symptomatique d'une lésion organique, et que celle-ci reste inaperçue, en vain l'on administrera le sulfate de quinine, on n'obtiendra pas la guérison. Un diagnostic exact est donc le premier acte de toute tentative thérapeutique, comme c'en est la première condition de succès. Mais tout important qu'est cet acte, celui qui lui succède ne le cède pas en importance, à savoir le choix de l'agent médicamenteux et celui de la forme pharmaceutique de laquelle ressortira la plus grande somme des effets que cet agent est susceptible de produire. Or, si nous sommes aptes, en général, à accomplir convenablement le premier de ces deux actes, il est certain qu'il n'en est pas de même pour le second ; telles sont, sous ce rapport, les défectuosités de notre éducation médicale, que peu de praticiens, en présence d'un insuccès, sont en état de se ren-

dre compte s'il tient, oui ou non, à un vice dans la préparation du médicament prescrit.

Les agents de la matière médicale possèdent deux sortes d'actions ou d'effets, des effets physiologiques et des effets thérapeutiques. Si ceux-ci, qui sont secondaires et consistent en une modification d'un état morbide actuel, ne peuvent se manifester qu'à la condition seulement qu'il n'y ait pas eu d'erreur de diagnostic et que l'élément pathologique, contre lequel ils sont dirigés, existe réellement, il n'en est pas de même des premiers. Toutes les fois que le médicament est de bonne qualité, il doit produire ses effets physiologiques, c'est-à-dire primitifs et directs sur l'organisme, et c'est là un premier critérium de sa valeur qui jamais ne fait défaut. Mais combien est grand le nombre des médecins pour lesquels cette notion précieuse est lettre morte.

Il suit de ce qui précède que la connaissance exacte et approfondie de l'action physiologique des médicaments est nécessaire au médecin; il doit donc s'efforcer de la posséder et par conséquent étudier cette action avec un soin extrême; or, c'est quand les agents médicamenteux appartiennent à la *flore médicale* que cette étude est surtout utile. La constitution des médicaments *chimiques*, corps à composition définie, ne varie guère; il n'y a que la falsification qui puisse en altérer la valeur. Mais il n'en est pas de même des substances végétales; beaucoup de circonstances peuvent influer sur leur constitution moléculaire et la faire varier : le lieu où elles ont été recueillies, l'époque à laquelle on les a récoltées, et bien plus encore les conditions météorologiques de l'année, température, état hygrométrique, etc., peuvent devenir le point de départ de différences considérables dans leur action. Aux modifications que ces circonstances sont susceptibles de leur imprimer, viennent encore s'ajouter celles que l'intervention de l'art peut leur faire subir. En face de ces causes nombreuses d'altération, on comprend la préférence qu'on est disposé assez généralement à accorder aux agents chimiques.

Dans les plantes, dans certaines du moins, un élément existe dont l'action tend à se rapprocher de celle de ces derniers agents : nous voulons parler des alcaloïdes. C'est à la découverte de ces principes que les agents médicamenteux tirés des substances végétales doivent d'avoir conservé une bonne place dans la thérapeutique courante. Mais il est une idée, une erreur que nous avons souvent entendu exprimer à l'égard de ces alcaloïdes : on se demande s'ils représentent toute l'activité de la plante. C'est là une manière fau-

tive d'envisager les choses. Les substances que nous employons comme médicaments n'ont pas été créées en vue de leurs applications thérapeutiques : celles-ci sont le résultat de l'ingéniosité de l'homme. Les principes des végétaux, dont l'expérience nous a appris à faire usage pour triompher des maladies auxquelles nous sommes sujets, ont un but dans le développement des plantes, et c'est en vue de ce but que celles-ci ont été créées avec la composition qui leur est propre, non en vue des usages auxquels nous les faisons servir. Rien donc de plus vicieux que ce raisonnement que nous entendons faire tous les jours : tel principe ne représente pas l'action de la plante entière. Que nous importe, si les propriétés dont ce principe est doué nous fournissent les mêmes bons résultats?

Ainsi, pour l'aconit que nous prenons pour exemple, on s'est beaucoup préoccupé, il y a quelque vingt-cinq ans, de conserver à ses préparations les principes volatils qui lui sont communs avec la plupart des renonculacées. On ne réfléchissait pas que les premières expériences qui ont introduit cet agent dans la thérapeutique, celles de Storck avaient été faites avec l'extrait de la plante ; or, que dans la préparation de cet extrait, ce principe volatil disparait, et que, par conséquent, les propriétés médicinales de l'aconit, s'il en a, doivent être dues exclusivement aux principes fixes qu'il contient, principalement à l'aconitine (Morson a montré qu'il y existe un deuxième alcaloïde, auquel il a donné le nom de napelline).

Un second obstacle au progrès en thérapeutique, et non moins puissant, c'est la multiplicité des préparations qu'on s'ingénie à créer dès qu'une substance médicamenteuse est reconnue utile. Cette extension donnée aux modes pharmaceutiques n'est pas pour peu dans l'appauvrissement de la thérapeutique. Sans insister sur ce point, nous nous bornerons à remarquer qu'une seule préparation bien faite, toujours égale à elle-même, et se prêtant du reste aux diverses formes que le praticien peut demander suivant les cas, serait bien préférable à cette multiplicité qui n'est qu'une indigence déguisée.

Voyons donc s'il est possible d'obtenir de l'aconit une telle préparation.

Le seul enseignement utile que contiennent les traités classiques de matière médicale sur cette plante se rapporte au choix de l'espèce à employer, l'aconit napel, non pas que cette espèce soit la plus active, puisque l'aconit *ferox* la surpasse en énergie, mais parce que sa puissance suffit aux usages thérapeutiques. Mais il est une question, très-importante selon nous, qui malheureusement a été complétement négligée dans ces ouvrages; c'est celle qui est relative à

la préférence à donner ou à la plante cultivée ou à celle qui croît spontanément. C'est pourtant là un point important et dont l'omission se comprend difficilement, puisque les expérimentateurs qui ont préconisé l'aconit ont pris soin de nous informer que, pour leurs essais, ils avaient fait récolter la plante à l'*état sauvage*. C'est en effet celle qui doit être préférée : l'aconit de nos jardins paraît avoir perdu, par la culture, une notable proportion de son activité.

Un second point mis en relief par les travaux dont nous venons de parler, c'est que toutes les parties de la plante ne possèdent pas la même puissance d'action, et que, de toutes, c'est la *racine* qui jouit des propriétés les plus énergiques. Malgré cet enseignement, il n'est pas un seul ouvrage de pharmacie qui fasse mention de l'emploi de cette partie pour les préparations d'aconit.

Il y a donc en pharmacie, par rapport à l'aconit, des *desiderata* qu'il importe de faire disparaître, et c'est aux médecins, comme y ayant le plus d'intérêt, qu'il incombe d'en provoquer la cessation. Le jour où ceux-ci voudront ne plus rester indifférents aux questions parmacologiques, ils verront leur intervention devenir plus efficace et la thérapeutique acquérir une certitude qui rendra leur mission plus fructueuse et plus digne. Ils ne doivent pas oublier que ce ne sont pas leurs paroles qui guérissent, mais bien les médicaments qu'ils prescrivent : aussi doivent-ils s'appliquer à n'en prescrire que de valables. Ils auront beau avoir bien discerné *l'indication* d'un remède, fait choix du meilleur *agent* thérapeutique, de celui qui est sanctionné par la plus large expérience, saisi enfin le *moment* le plus *opportun* pour son administration, toute leur science pratique échouera si le pharmacien vient à livrer, sur leur ordonnance, une préparation mal faite, un médicament altéré, infidèle ; or c'est ce qui arrive quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent pour les préparations d'aconit, et en formulant ce jugement, nous ne craignons pas d'être contredit par nos lecteurs.

Que les médecins s'appliquent donc à faire cesser un état de choses qui est pour eux la source de mécomptes trop répétés ; s'ils le veulent, rien ne leur est plus facile que d'obtenir ce résultat ; ils n'ont qu'à négliger toutes les préparations consignées dans les formulaires pour ne prescrire que l'extrait alcoolique de racine d'aconit sauvage. Les pharmaciens usent exclusivement des feuilles de l'aconit : cela tient sans doute à ce que la plupart des expérimentateurs, surtout ceux dont les travaux ont le plus contribué à faire entrer l'aconit dans la pratique courante, ont employé seulement des extraits préparés avec les feuilles : cela est vrai, mais il faut remarquer que ces

parties étaient empruntées par ces expérimentateurs non à des plantes cultivées, mais à des plantes récoltées à l'état sauvage, et que leurs extraits étaient préparés avec ce soin qu'apporte le chimiste quand il sait que le produit est destiné à une expérimentation nouvelle. Il n'en est pas ainsi maintenant : les préparations d'aconit fournies par le commerce de la droguerie sont faites avec les feuilles de la plante cultivée. Or, nous l'avons dit, ces préparations sont inertes ou à peu près, et si l'on veut que l'aconit reprenne et conserve le rang qu'il doit avoir en thérapeutique, il faut tenir compte de ce fait et recourir au moyen que nous avons indiqué, c'est-à-dire prescrire exclusivement l'emploi de la plante sauvage, et, pour plus de sûreté, de la racine de cette plante, parce que cette partie, d'une part, est plus riche en alcaloïde, et parce qu'elle est la seule qui paraisse propre à donner un produit toujours actif et aussi égal à lui-même que possible. Du jour où les prescriptions médicales seront ainsi formulées, les pharmaciens s'y conformeront sans aucun doute. La préparation, d'ailleurs, ne présente aucune difficulté. La voici :

On épuise la poudre de racine d'aconit au moyen de l'alcool à 65 degrés cent. ; puis on fait évaporer en consistance d'extrait ; on reprend ensuite par de l'alcool à 80 degrés cent., et l'on fait évaporer dans le vide ou au bain-marie, à une température qui ne dépasse pas 60 degrés centigrades.

L'extrait ainsi préparé s'emploie à la dose de 1 à 2 centigrammes, et si la préparation a été bien faite, il donne des résultats physiologiques et thérapeutiques évidents et identiques, ainsi qu'on peut s'en assurer en se reportant au savant travail de M. le professeur Hirtz que nous avons publié sur ce sujet (t. LX, p. 119).

Cet extrait se prête à toutes les combinaisons pharmaceutiques, et s'il arrive, ce qui se voit quelquefois, qu'un malade ne puisse avaler des pilules, même d'un centigramme, on peut recourir à une autre forme ; mais pour pouvoir l'administrer à la dose convenable, le mieux est de formuler le sirop suivant :

Pr. Extrait alcoolique de racine d'aconit napel. 0,10 centigr.
Sirop simple.......................... 200 grammes.

Mêlez. Chaque cuillerée à bouche (20 grammes) contiendra 1 centigramme d'extrait. L'on conçoit que la proportion du sirop, qui n'est ici qu'un véhicule, pourrait être réduite, pourvu qu'elle le fût de manière à se prêter à un dosage facile ; on pourrait formuler de façon que chaque centigramme d'extrait répondît à 5 grammes de sirop

ou une cuillerée à café. On conçoit encore que, dans ces cas, on pourrait user de la teinture d'aconit préparée avec la racine ; mais il faudrait avoir soin de formuler de façon que la quantité de celle-ci répondît exactement à celle de l'extrait, autrement on n'obtiendrait pas des effets égaux.

La publication prochaine d'une nouvelle édition du Codex n'est pas le seul motif qui nous fasse appeler l'attention sur l'extrait de *racine* d'aconit. Rappelons-nous toujours la morale de la fable de La Fontaine, *l'Alouette et le maître d'un champ*, et sachons faire nos propres affaires. Les pharmacologistes sont des hommes très-savants, mais il leur manque un élément indispensable pour bien juger de la valeur des préparations pharmaceutiques, c'est de les soumettre chaque jour à la coupelle de l'expérimentation clinique.

Ainsi, pour nous résumer, le moyen de parer à la variabilité des préparations d'aconit fournies par le commerce de la pharmacie, et de prévenir par là le discrédit complet où tombe et menace de disparaître ce médicament vraiment précieux, c'est de proscrire l'emploi des feuilles, d'user de la plante récoltée à *l'état sauvage*, et de faire usage exclusivement de la *racine*. C'est du reste la conclusion à laquelle est arrivé un jeune pharmacologiste très-distingué, M. Hottot, dans une excellente thèse qu'il vient de soutenir pour le doctorat (¹).

Nous devons d'autant plus insister pour l'obtention d'une bonne préparation d'aconit pour la médecine courante, que l'extraction du principe actif de cette plante est loin d'être encore bien faite. Les divers échantillons livrés par le commerce que nous avons expérimentés, aconitine d'Angleterre (Morson), aconitine d'Allemagne (Merck), nous ont fourni des effets qui ont varié d'intensité comme 12 : 1. Or, dans sa thèse, M. Hottot nous apprend que le procédé employé par lui et que nous avons récemment publié, lui a fourni une aconitine plus énergique encore que celle préparée par M. Morson. En présence de tels écarts, et jusqu'à ce qu'on ait trouvé un mode d'opérer qui fournisse constamment un produit identique, on comprend qu'il est impossible au praticien prudent de prescrire un médicament qui, suivant sa provenance, pourrait, aux mêmes doses, donner lieu à des effets aussi différents, tantôt procurer des résultats vraiment thérapeutiques, tantôt amener des accidents d'empoisonnement grave.

D.

(¹) *De l'aconitine et de ses effets physiologiques*, par le docteur E. Hottot, 1863.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des polypes du rectum chez les enfants.

Les polypes du rectum sont loin d'être rares chez les enfants, et il ne se passe pas d'année où nous n'ayons l'occasion d'en observer au moins six à huit cas, soit à l'hôpital, soit en ville.

On les trouve ordinairement dans le rectum, au-dessus du sphincter; cependant, dans quelques autopsies, nous en avons vu plus haut, et même dans un cas, nous en avons observé un dans le cœcum.

Ces polypes, dont les plus gros ont le volume d'une petite noisette, sont le plus ordinairement uniques; il y en a cependant quelquefois plusieurs. Ils sont pédiculés; en les examinant on reconnaît qu'ils sont composés d'une enveloppe muqueuse se continuant avec la membaane interne et formant l'extérieur de la petite tumeur. Celle-ci est constituée par un follicule muqueux qui a augmenté de volume et s'est hypertrophié. L'enveloppe muqueuse forme le pédicule qui unit le polype à l'intestin; le pédicule est assez volumineux lorsque le polype n'est pas très-ancien; il est plus mince lorsqu'il date de quelque temps, par suite de la distension mécanique qu'il a subi lors du passage des matières fécales.

Ces tumeurs sont généralement molles et saignantes; d'autres fois elles sont assez fermes et résistantes; elles peuvent être divisées avec l'instrument tranchant; le tissu est vasculaire et présente l'aspect des follicules de l'intestin augmenté de volume.

On cherche vainement la cause de ces polypes.

Les symptômes sont moins obscurs. Les enfants rendent du sang en allant à la garde-robe, surtout vers la fin de l'excrétion. Quelquefois ils éprouvent des épreintes, des envies fréquentes d'aller qui ne sont pas suivies de déjections. S'ils rendent des matières dures, on trouve sur les matières une cannelure qui indique la présence d'un corps résistant qui leur a imprimé une dépression pendant qu'elles traversent l'intestin.

Cela peut exister longtemps sans que la santé en souffre, si la quantité de sang perdu est peu abondante; mais l'écoulement sanguin est quelquefois assez considérable pour affaiblir le petit malade, il devient pâle, décoloré, et présente l'aspect chlorotique. Le plus souvent, si on examine les enfants lorsqu'ils finissent d'aller à la garde-robe, on aperçoit une tumeur rouge à l'entrée du fondement et qui rentre après l'évacuation; les parents croient à l'existence d'une

chute du fondement ou à une tumeur hémorrhoïdale, que nous n'avons jamais rencontrées chez nos petits malades. Si on observe avec attention, on reconnaît bien que ce n'est pas une hémorrhoïde et encore moins une chute de la muqueuse intestinale. Dans ce dernier cas, on voit un bourrelet rouge remplissant l'orifice anal ; dans le cas de polype on remarque une tumeur d'un rouge vif, du volume d'une petite fraise, on voit qu'elle tient par un pédicule : ceci se constate très-bien lorsque le polype est remonté et qu'on vient à introduire le doigt dans le rectum ; alors on arrive sur un corps plus ou moins gros, fixé dans un point, très-souvent et principalement sur la paroi postérieure de l'intestin ; en le pressant, il glisse sous le doigt comme un noyau de cerise.

Ces polypes sont souvent méconnus, tantôt l'on croit que les enfants ont de la dysenterie, et alors on agit en conséquence. Il arrive aussi qu'ils disparaissent sans qu'on se soit douté de leur existence. En effet, lorsque le pédicule de ces polypes est mince, il se rompt sous l'impulsion des matières fécales et la tumeur se trouve chassée avec elles ; c'est ainsi qu'arrive la guérison spontanée.

Le plus souvent le polype est retenu plus solidement, et persiste ; comme il se montre à l'anus à la suite de chaque garde-robe, on nous consulte.

Bien que le pronostic ne soit pas grave, que rien ne doive inquiéter, le chirurgien doit toujours débarrasser le petit malade de ces sortes de tumeurs. L'indication est encore plus pressante lorsqu'il perd beaucoup de sang.

L'opération est très-simple, elle consiste à faire donner au malade un lavement ; le plus souvent on voit la petite tumeur apparaître à l'anus au moment où l'enfant finit de rendre son lavement. On saisit la tumeur avec une pince et on porte une ligature de soie sur le pédicule. Le polype tombe souvent de suite ; d'autres fois il n'est coupé que plus tard, alors on laisse remonter le polype avec sa ligature et on apprend qu'il est sorti le soir ou le lendemain. Nous préférons la ligature à la section avec les ciseaux, parce que nous avons eu une fois avec l'instrument tranchant un écoulement de sang assez abondant.

Il arrive d'autres fois qu'il faut amener le polype à l'anus, en introduisant le doigt dans le rectum ; très souvent il glisse sous le doigt comme un noyau, et on ne peut l'abaisser. Dans ce cas, il faut ne pas sortir le doigt qui sert de conducteur, et diriger sur lui une petite pince à polype, qui permet de saisir la tumeur et de l'amener au dehors, ou mieux, sans chercher à l'abaisser, de tordre son pédicule.

Jamais nous n'avons observé de suites fâcheuses, les écoulements de sang sont arrêtés par des injections froides; si l'écoulement persistait, on pourrait aussi employer des lavements au ratanhia.

Dans les cas où les polypes sont situés de manière à ne pouvoir être sentis par le doigt, leur présence pourrait être soupçonnée, si les matières fécales étaient cannelées, comme nous l'avons indiqué plus haut; alors on n'aurait à mettre en usage que des lavements réitérés, même quelques lavements purgatifs, qui pourraient agir mécaniquement pour faire rompre le pédicule du polype et lui permettre d'être expulsé spontanément.

Les récidives s'observent quelquefois; dans ces cas, la maladie risque moins de passer inaperçue.

P. Guersant,
Chirurgien des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE.

De la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses, par M. A. Padioleau, docteur en médecine de la Faculté de Paris, lauréat de l'Académie impériale de médecine et des Sociétés médicales de Tours et de Lyon, membre de plusieurs Sociétés savantes. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.

La question posée, il y a deux ou trois ans, par l'Académie de médecine, et à laquelle le mémoire de M. Padioleau répond d'une manière modérément victorieuse, puisque la savante compagnie n'a cru lui devoir décerner qu'une simple récompense, cette question, disons-nous, méritait de fixer au plus haut degré l'attention des esprits curieux et observateurs qui ne peuvent parvenir à s'endormir dans l'amour de la tradition.

Si loin qu'on remonte dans le passé, on rencontre l'homme crédule et superstitieux, trouvant tout ensemble dans cette double infirmité de l'esprit, bien qu'à des degrés inégaux, et la cause et le remède de maladies nerveuses fort diverses. L'incubation dans les temples, les impressions de songes à vives images, le toucher des rois de droit divin, l'hypnotisme, qu'il est aisé de reconnaître dans une foule de pratiques d'évocation magique, etc., étaient autant de moyens à la faveur desquels on pouvait agir sur le système nerveux troublé, et tenter avec quelque chance de succès d'y ramener l'harmonie physiologique. Bien que destituée, en grande partie au moins, du point d'appui qu'à diverses époques de la vie de l'humanité, elle pouvait prendre dans l'imagination exaltée, ou dans les

superstitions des hommes, la médecine morale n'en est pas aujourd'hui plus qu'autrefois réduite à l'impuissance pour combattre les maladies nerveuses, et elle peut apporter son contingent de ressources utiles à la médecine somatique, pour en amener l'heureuse terminaison ou en pallier la gravité. Les moyens dont elle dispose pour atteindre ce but varient non-seulement comme les maladies, mais comme les malades mêmes auxquels elle s'applique. Mais quelle que soit l'influence qu'on s'efforce d'exercer sur le moral des malades, en vue d'arriver, concurremment avec les moyens somatiques indiqués, à réprimer un désordre nerveux plus ou moins nettement défini, il est quelques moyens qui doivent constamment seconder cette influence dans la plupart des cas, c'est la confiance que le médecin doit s'efforcer d'inspirer, c'est l'espoir qu'il s'attachera à faire naître au milieu des tristesses de la maladie, ce sont la résignation, la patience qui sont le moyen le plus sûr de seconder heureusement l'efficacité des agents divers dont l'art dispose pour combattre la surexcitation nerveuse, l'un des traits les plus frappants dans beaucoup de névroses. « Patience, sœur de l'espoir, dit éloquemment Feusterleben, baume salutaire qui guéris l'âme, qui trouves dans l'inertie une force merveilleuse et bienfaisante, quel malade ne bénirait pas ta douce magie ?... Seule, tu es forte dans les faibles ; seule tu es la révélation la plus parfaite, la plus délicate de l'âme humaine, en tant qu'elle est capable d'écarter du corps les maladies. »

Pour arriver à acquérir sur l'esprit des malades atteints d'affections nerveuses l'ascendant qui seul permet de se servir, comme d'une force thérapeutique, de l'amour de la vie, dont la confiance, l'espoir, une foi inébranlable dans la guérison ne sont que des manifestations diverses, le médecin doit posséder certaines qualités d'esprit et de cœur, sans lesquelles il poursuit vainement le but marqué ici à sa légitime ambition. Un médecin du seizième siècle, dont Bordeu vante la sagacité, Huarte, s'est attaché à rechercher quelles sont les qualités d'esprit qui conviennent plus particulièrement à la culture des diverses branches de la science. Arrivé à la médecine, il étudie les diverses imaginations dont il admet plusieurs sortes, puis il ajoute : « mais cette sorte d'imagination n'est pas si bonne pour traiter les malades que celle que je cherche, et qui pousse l'homme à être sorcier, superstitieux, magicien, enchanteur, chiromancien, adonné à l'astrologie judiciaire et à deviner ; parce qu'en effet les maladies des hommes sont si cachées et ont leurs périodes et leurs mouvements si secrets, qu'il est presque besoin de deviner ce qu'il en est. » Depuis qu'Huarte écrivait, la médecine, comme

toutes les autres sciences, s'est soumise à des méthodes sévères, qui permettent à la pratique à laquelle elles concluent de suivre une voie moins aventureuse que l'imagination, et celui qui s'opiniâtrerait à faire de l'art au gré de sa fantaisie, tournerait assurément le dos à la vérité. Et pourtant telles sont les difficultés inhérentes à notre science laborieuse, qu'à côté de ces méthodes qui dirigent si utilement l'esprit, il faut faire place à la sagacité individuelle, et, pourquoi ne pas le dire, à l'imagination elle-même, pour suppléer, dans quelques cas douteux, au silence de l'expérience. Ce que je dis là, je ne crains pas de le dire de la clinique tout entière, de la thérapeutique dans toutes ses applications, mais je le dis surtout, et avec une conviction entière, du diagnostic des maladies nerveuses, et de la thérapeutique morale qui leur est applicable. Où sont, dites-moi, les règles qui limitent les manifestations de l'aliénation mentale, de l'hypocondrie, de la névropathie, de l'hystérie, etc., et de la plupart des névroses viscérales, dans la mobilité protéiforme de leur changeante physionomie? Là partout, il y a un fond fixe, il est vrai, sur lequel nous nous appuyons pour créer nos types essentiels, et qui justifient nos classifications nosologiques ; mais dans les faits, que de traits viennent s'ajouter à ce fond radical et en modifient l'expression symptomatique! S'il en est ainsi des manifestations phénoménales de la vie morbide dans les névroses, à plus forte raison retrouvons-nous cette instabilité de la règle dans les applications qu'on y peut faire de la médecine psychique. Ici, loin qu'il n'y ait pas de règles sans exceptions, ce sont presque les exceptions qui sont la règle, et si, comme le dit le médecin espagnol, le médecin n'est quelque peu sorcier, magicien ou enchanteur, il ne parvient, dans un certain nombre de cas, qu'à des résultats douteux ou fort incomplets. La première qualité du médecin, en face de ces maladies, c'est donc, on ne saurait trop s'en pénétrer, la sagacité, le tact, et un esprit fécond en ressources.

Un grand obstacle que rencontre la médecine morale au succès de ses applications dans les maladies où son concours peut être utile, c'est le scepticisme des populations à l'endroit de l'efficacité de l'art. Ce scepticisme, je parle de celui qui raisonne, se fonde surtout sur ce que la médecine va tous les jours se simplifiant davantage dans l'emploi des médicaments qu'elle oppose aux maladies, et qu'elle fait, dans leur traitement, une part de plus en plus large à l'hygiène qui les prévient ou les combat. Mais c'est à l'honneur de la médecine de ne point chercher à obtenir par l'art ce qu'elle peut obtenir plus sûrement du jeu spontané de la vie : pourquoi lui im-

puter à mal ce qui fait sa gloire? Est-ce qu'en procédant ainsi la médecine se nie? Non; seulement elle s'affirme autrement, voilà tout. Il est des cas où le médecin, en trompant dans une intention honnête les malades, les guérit. Rien de plus simple, de moins plastique que l'illusion : si l'illusion est une force, et elle en est une, pourquoi ne lui serait-il pas permis de s'en servir, comme il le fait de l'opium, du fer, du quinquina, pour corriger, dans ces cas, les aberrations du système nerveux? Ce scepticisme des gens du monde à l'endroit de notre science laborieuse, un certain nombre de médecins, il faut bien le dire, n'ont pas peu contribué à le propager par la légèreté de leur esprit qui perce dans leurs paroles, quand elle ne dirige pas leur conduite elle-même. C'est là un mal dont il est temps d'arrêter le progrès, si l'on veut que la médecine ne perde pas le peu de dignité qui lui reste, et que surtout elle conserve ce prestige, cette honnête fascination de la science sur l'ignorance, qui seconde incontestablement l'efficacité de son intervention dans le traitement de toutes les maladies, et dans le traitement des maladies nerveuses plus que dans toutes les autres. Des études sérieuses triompheront facilement de ce scepticisme dans l'esprit des médecins, un sentiment profond de l'importance de la vie humaine dont ne se sépare pas le sentiment du devoir, se traduiront naturellement chez lui par une austérité de mœurs et une gravité qui commanderont la confiance et le respect. Tout le monde a dans l'esprit le souvenir de ce prélat anglais, homme de génie, dont parle Sydenham, et qu'une hypocondrie profonde avait réduit à une immobilité absolue. Je me représente l'illustre médecin anglais paraissant devant un tel malade, lui ordonnant de monter à cheval, s'en faisant obéir, et lui rendant ainsi la santé. Malheureusement, telle est la constitution actuelle de la médecine, considérée au point de vue des garanties insuffisantes que la loi exige pour qu'elle puisse être exercée comme profession, que pendant longtemps encore une grande partie de la population sera condamnée aux bénéfices douteux d'une polypharmacie confuse et, dans les maladies qui l'appellent, à la privation à peu près absolue des avantages de la médecine morale. Foderé, lorsqu'il faisait la médecine des campagnes, et qu'il ne pouvait visiter assez souvent ses malades, eut la singulière idée de recourir à la méthode métasyncritique de *Cœlius Aurelianus*, et dans laquelle un régime fort diversifié est partagé en cycles réguliers plus ou moins étendus. « Outre les raisons rapportées plus haut, dit l'auteur, on ne saurait dire combien cette ordonnance du régime inspire de confiance aux malades, » et il le recommande fortement au nom

du succès qu'il a obtenu. Les médecins qui, dans le traitement des névroses se jettent dans le dédale de cette polypharmacie confuse dont je parlais tout à l'heure, tourmentent, harcèlent, embêtent (pardon du mot) le système nerveux, qui n'en divague que davantage. Dans ces cas, dirai-je à ces médecins à qui, en somme, ne peut être imputée une position que la loi sanctionne, faites de la métasyncrise, comme l'ancien professeur de Strasbourg, ce sera une sorte de neuvaine médicale qui, parlant à l'imagination des malades, mettra ses ressources fécondes à la disposition de la force conservatrice immanente dans l'organisme vivant, et produira plus d'effets qu'une médication plus complexe mal dirigée.

Enfin, il est encore pour le médecin un moyen, et ce moyen est heureusement à la portée de tous les hommes de cœur, il est encore, dis-je, un moyen d'agir dans les névroses par la voie morale, sur le système nerveux des malades, et de concourir ainsi, avec la thérapeutique somatique, à la régularisation de l'innervation troublée, c'est le dévouement, la sympathie, une pitié sincère pour les souffrances qu'il est appelé à soulager. Le médecin, en contact incessant avec les douleurs de la vie dont le tableau se déroule tous les jours sous ses yeux, contracte à ce commerce sans trêve avec les souffrances humaines une sorte de mélancolie qui n'est pas malsaine au cœur : ses études mêmes, par la gravité lugubre des objets auxquels elles s'appliquent, semblent le préparer par un laborieux apprentissage à la vie sérieuse à laquelle il est appelé, il en sort avec un front pâle, comme le Dante en quittant les ténèbres infernales. Qu'à cette école austère, à la lumière de cette mélancolique tristesse, qui tend à nous désintéresser des vaines ambitions de la vie, la médecine comprenne que la pitié n'est que la justice de Dieu dans l'âme de l'homme ému, et elle lui deviendra le plus doux des devoirs, et en même temps qu'elle sera une force pour le malheureux qui en sentira la présence, elle pourra, dans quelques cas suprêmes, illuminer l'intelligence du médecin, et lui suggérer, pour combattre le mal, des moyens que n'imaginerait jamais l'homme froid qui ne sent pas la douleur. Pour résumer cette esquisse bien incomplète, plus le médecin grandira dans l'estime publique, par la rectitude de sa raison, par la gravité de ses mœurs, par l'élévation de ses sentiments, plus la foi instinctive des populations à la puissance réelle de l'art, aujourd'hui affaiblie, se fortifiera, et plus il deviendra lui-même un instrument efficace de la médecine morale dans les maladies nerveuses, ou autres, où le concours de celle-ci peut être utilement invoqué.

Entraîné par l'intérêt du sujet traité par le savant médecin de Nantes,

je me suis laissé aller à esquisser d'un trait rapide un des côtés de la question qu'il n'a fait qu'effleurer. C'est l'honneur d'un écrivain d'inspirer au critique auquel il soumet son livre, la noble ambition de le suivre dans la voie où il a lui-même marché, et de lui indiquer quelques points de vue que dans sa course rapide il a négligés. L'ouvrage de M. Padioleau contient de nombreuses observations qui en font, ainsi qu'on l'a dit avec une nuance d'ironie tout à fait hors de propos, comme la clinique morale des maladies nerveuses Il y a çà et là des observations intéressantes que le médecin de Nantes a empruntées à divers auteurs autorisés ou qu'il a tirées de son propre fonds : toutes ces observations pourraient-elles subir sans danger le contrôle d'une critique un peu sévère ? Nous n'oserions le dire ; mais ce qui manque surtout au livre de M. le docteur Padioleau, c'est l'énergie dans l'étreinte de son sujet, si nous pouvons ainsi dire : les questions qu'il pose, il ne les domine pas, il est dominé par elles : il est presque toujours dans le chemin qui conduit à la vérité, mais il manque de souffle, il marche, il marche, mais en tournant sur lui-même, et il n'arrive pas. Est-ce à dire pourtant que le mémoire de notre confrère de Nantes soit dénué de mérite ? Non certes, et la distinction dont l'a honoré l'Académie, bien que non infaillible en ses jugements, en est une preuve décisive. Ceux qu'intéressent les questions relatives à la médecine morale, liront donc, nous pouvons le leur assurer, l'ouvrage du médecin de Nantes avec profit, car ils y trouveront tout à la fois des observations propres à l'auteur qu'ils liront avec plaisir, et ils y trouveront surtout rassemblées la plupart des observations de cet ordre qui se trouvent disséminées dans une foule d'auteurs où l'on ne va plus guère aujourd'hui les chercher.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Guérison rapide par le copahu et le cubèbe d'une pyélite de nature probablement blennorrhagique. — Ce n'est pas seulement, on le sait, dans les écoulements blennorrhagiques du canal de l'urètre que l'efficacité des balsamiques a été éprouvée et reçoit de la pratique de tous les jours une éclatante consécration ; l'emploi de ces agents thérapeutiques a été également étendu, avec succès, à l'inflammation spécifique ou non des autres portions des voies génito-urinaires. A peine le docteur Ansiaux eût-il retiré de l'oubli et remis en honneur la célèbre potion de Chopart, que des appli-

cations heureuses du baume de copahu furent faites par Delpech, Ribes, et depuis par un très-grand nombre de praticiens, au traitement du catarrhe de la vessie. Mais il n'en a pas été de même pour les maladies des reins et de ses dépendances, bassinets, uretères, etc.; et l'on ne s'en étonnera guère si l'on songe à la rareté relative de ces affections, en tant que développées sous l'influence de causes spécifiques. La pyélite blennorrhagique, par exemple, n'est pas chose commune, soit que cette maladie ne se développe en réalité que très-rarement, soit qu'elle passe souvent inaperçue. Peut-être le fait suivant, dont la relation nous est fournie par M. Chedevergne, interne des hôpitaux, et dans lequel la réalité du siége et de la nature de l'affection semble établie sur la double preuve des phénomènes symptomatiques très-bien observés et des effets du traitement, aura-t-il l'avantage de fixer un peu plus l'attention sur ce point; il ne peut manquer, en tout cas, d'intéresser nos lecteurs :

Obs. Leconte (Paul), vingt-sept ans, employé de commerce, entre le 25 septembre 1863 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Cazalis, suppléé par M. Luys. Ce malade a déjà eu la chaude-pisse il y a deux ans, et, à la suite, il fut pris dans le flanc gauche d'une douleur qui finit par disparaître d'elle-même au bout de quelque temps, ainsi que la blennorrhagie. Mais il y a trois mois il contracta une nouvelle gonorrhée, et un mois après environ il commença à ressentir une douleur gravative, une gêne assez vive dans l'hypocondre gauche, et il crut y remarquer du gonflement. Ces divers symptômes apparurent au moment où l'émission des urines devenait plus facile et l'écoulement blennorrhagique moins abondant. Ils se maintinrent jusqu'à présent sans changement notable, et le malade se décida à entrer à la Maison de santé.

Au premier examen, l'on constate que la tension douloureuse qui existe dans l'hypocondre gauche est augmentée par la pression, et l'on reconnaît par la palpation un empâtement très-marqué dans la région occupée par le rein gauche, en même temps qu'on y trouve une matité étendue. Un suintement composé de matières blanchâtres opaques persiste encore dans le canal de l'urètre. L'examen des urines, que l'on recommande de garder en totalité, est remis au lendemain matin.

26 septembre. Les urines sont en proportion normale, mais abondantes. Au fond du vase qui les contient existe une quantité très-considérable de pus et de mucus mélangés qui y forment une couche de 2 centimètres d'épaisseur au moins (300 grammes en poids environ pour un litre et demi d'urine). Le pus semble prédominer sur le

mucus. La masse a un aspect jaune verdâtre; elle est compacte, elle adhère au vase; mais quand on verse lentement l'urine, elle se détache peu à peu et tombe en bloc et tout d'un coup.

Le malade n'a jamais eu d'hématurie, il n'a jamais rendu de calculs ni de graviers. La miction a toujours été facile, quoique douloureuse à une certaine époque. Il n'a jamais eu d'envies fréquentes d'uriner, de pesanteur à l'hypogastre, ni aucun des symptômes de de la cystite, de sorte que l'on est porté à penser que la phlegmasie a passé du canal de l'urètre à l'uretère, sans atteindre la muqueuse vésicale. La santé générale n'a pas été sensiblement altérée; il existe, il est vrai, un peu de pâleur, mais l'appétit est conservé; il n'y a ni vomissements, ni nausées, ni constipation, ni malaise, ni fièvre.

Pour mieux assurer le diagnostic, l'on croit devoir différer le traitement par les balsamiques; M. Luys prescrit seulement trois pots de chiendent avec 4 grammes de bicarbonate de soude dans chaque pot; quatre portions d'aliments; repos au lit.

27 septembre. Rien n'est changé; les urines sont dans le même état.

28, 29 et 30 septembre. La quantité de muco-pus semble avoir un peu diminué; le dépôt est plus filant, plus élastique, moins verdâtre qu'auparavant, de sorte que le mucus paraît augmenter pendant que le pus diminue, mais la somme totale du dépôt est la même. Le malade souffre un peu en urinant; il tache plus sa chemise qu'avant son entrée.

1er et 2 octobre. Etat stationnaire; cependant la douleur rénale est plus obscure et moins vive.

3 octobre. *Idem*. Le bicarbonate de soude est suspendu. Le malade prendra aujourd'hui 20 grammes de copahu et cubèbe en bols.

5 octobre. Le dépôt muco-purulent a diminué des cinq sixièmes depuis deux jours. La douleur qui était survenue pendant la miction et l'écoulement urétral ont disparu du même coup.

6 octobre. Il n'y a plus ce matin que quelques traces de muco-pus au fond du vase plein d'urine, — environ une cuillerée à café. Le gonflement, l'empâtement, la gêne dans l'hypocondre n'existent plus.

7 octobre. La guérison est complète. Le malade est obligé de sortir aujourd'hui. Nous lui conseillons cependant de continuer pendant huit jours encore le même traitement, en diminuant progressivement les doses du médicament.

Certes, le succès des balsamiques n'est pas, dans ce cas, non plus que dans des faits semblables, une preuve irréfragable de l'existence d'une pyélite blennorrhagique; mais on ne peut nier que le résultat du traitement, rapproché des signes positifs et négatifs soigneusement observés et relatés, n'établisse en faveur de la réalité de cette affection, une présomption aussi voisine que possible de la certitude. Il serait arrivé, en cette circonstance, ce que l'on observe dans certains cas d'orchites dites *métastatiques*, et tels qu'on en rencontre quelques exemples dans les auteurs, dans le traité de MM. Hardy et Béhier par exemple. En cherchant bien, d'ailleurs, on trouverait facilement que ce fait n'est pas sans analogue : M. Rayer a signalé, dans son traité, la pyélite blennorrhagique; et Ribes, que nous citions tout à l'heure, parle de plusieurs cas de néphrite ayant succédé à la suppression de l'écoulement blennorrhagique et guéris par le copahu. Quelle que soit l'interprétation, le fait qui vient d'être rapporté n'en conserve pas moins sa signification pratique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'emploi de l'oxyde de manganèse dans certaines affections de l'estomac. En appelant l'attention sur l'emploi de l'oxyde de manganèse dans le traitement de certaines affections de l'estomac, M. le docteur Arthur Leared est très-éloigné de donner ce médicament comme une panacée. Il s'applique, au contraire, à spécifier bien nettement les conditions particulières dans lesquelles il a pu s'assurer de son utilité, et qui se rapportent toutes à une forme assez bien caractérisée de dyspepsie douloureuse. Nous lui devons de resumer au moins les principaux traits de sa description, afin que les résultats qu'il annonce puissent être contrôlés dans les meilleures conditions possibles.

Le trait le plus saillant de cette forme de dyspepsie, qui est surtout commune chez les femmes, se trouve dans des phénomènes douloureux, et notamment dans des douleurs siégeant dans la région de l'estomac.

La douleur est habituellement ressentie immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, mais on l'observe également dans divers autres points de la région épigastrique, et elle règne parfois dans une étendue considérable. On la voit exceptionnellement s'irradier de bas en haut derrière le sternum, de haut en bas vers l'ombilic et même plus bas, de gauche à droite dans la direction du duodénum, vers la région cardiaque, ou encore dans des directions diverses, à travers le thorax, vers la partie supérieure du dos, etc.

Lorsque ces douleurs se sont fait sentir pendant quelque temps, on trouve souvent, au niveau du point où elles paraissent siéger, une sensibilité très-vive à la pression, une hyperesthésie manifeste des téguments.

La nature de la douleur est variable : elle est sourde et continue chez un certain nombre de malades; d'autres la comparent à une sensation de déchirement, de grattement douloureux, à celle que produirait un lien fortement serré, etc.

Quelle que soit la forme qu'elle revêt, la douleur apparaît ordinairement un quart d'heure, une demi-heure, une heure après les repas. Il suffit quelquefois d'une quantité minime d'aliments pour la provoquer. Jamais la douleur ne se fait ressentir

immédiatement après l'ingestion des aliments, comme on l'observe souvent dans les cas d'ulcère simple de l'estomac.

La constipation et la flatulence ne sont pas rares dans cette forme de dyspepsie, mais elles sont loin d'être constantes.

La douleur est beaucoup moins intense à la suite de l'ingestion d'aliments féculents que dans les cas où le repas s'est composé principalement de substances albuminoïdes, ce qui porte à penser qu'elle est en rapport avec la sécrétion du suc gastrique. Peut-être pourrait-on la rattacher à une formation incomplète do l'épithélium stomacal. Ce qui porte M. Leared à faire cette hypothèse, c'est l'état de la langue chez la généralité des malades : l'épithélium de cet organe est très-mince ; sa pointe est très-rouge et les papilles sont fortement saillantes. Ce qui est certain, c'est qu'il ne s'agit en aucune façon d'une gastrite.

Il importe de tenir compte de ces divers renseignements pour ne pas employer l'oxyde de manganèse dans des cas où ses effets seraient nuls, ou à peu près : tels sont les gastralgies goutteuses, dues à un excès d'acide ; les douleurs névralgiques de l'estomac, qui surviennent principalement dans l'état de vacuité de cet organe ; celles qui accompagnent les affections organiques de l'estomac, etc.

Dans le traitement de cette affection, les moyens généralement employés réussissent mal, ou bien leur emploi a pour conséquence des inconvénients qu'il est fort désirable d'éviter. L'acide prussique, associé ou non à des préparations alcalines, est complétement inerte. L'opium, le sous-nitrate et le carbonate do bismuth ont le très-grand désavantage de constiper les malades. Le carbonate de fer, expérimenté par M. Leared avec beaucoup d'attention, ne lui a rendu aucun service. Il essaya ensuite l'oxyde de fer magnétique sans plus de succès.

C'est après avoir échoué dans cette série d'expériences que M. Leared tenta l'emploi de l'oxyde noir de manganèse, et il obtint, dit-il, des résultats aussi satisfaisants qu'imprévus. Depuis lors, il a employé cette médication pendant une longue série d'années chez plusieurs centaines de malades, soit à l'hôpital, soit en ville, et il n'hésite pas à la considérer comme un des compléments les plus utiles de la thérapeutique des affections de l'estomac.

L'oxyde de manganèse, d'après son expérience, calme bien plus efficacement la sensibilité exagérée de la muqueuse stomacale que le sous-nitrate de bismuth, et il n'a pas, comme celui-ci, l'inconvénient de produire la constipation. Le prix de l'oxyde de manganèse est, en outre, beaucoup moins élevé que celui des préparations de bismuth.

Comme exemple des résultats qu'il a obtenus à l'aide de ce traitement, M. Leared donne le relevé suivant relatif à une série de 40 malades qu'il a traités à sa consultation. L'affection remontait au minimum à trois semaines, et chez beaucoup de malades elle persistait depuis plusieurs mois ou plusieurs années. L'oxyde de manganèse leur a été administré généralement à la dose de 60 centigrammes trois fois par jour, avant les repas.

Au bout d'une semaine de traitement, la douleur avait complétement disparu chez 12 malades ; elle était très-notablement calmée chez 15, moins amendée chez 10, et persistait au même degré chez 3.

Chez 20 des 28 malades qui n'étaient pas guéris au bout d'un traitement d'une semaine, les résultats étaient les suivants après quinze jours de traitement ; les 8 autres n'ont pas été revus : 4 ne conservaient aucune trace de douleur, 15 étaient très-notablement soulagés, et un seul se trouvait moins bien que dans la première semaine. Chez la plupart de ces malades, la guérison paraît avoir été complète quelques semaines plus tard.

L'oxyde noir de manganèse ne doit pas être employé tel qu'il est fourni par le commerce, à cause de ses nombreuses impuretés. On le donne à des doses variant de 30 centigrammes à 2 grammes, suivant la violence de la douleur.

M. Leared a essayé comparativement le carbonate et le sulfate de manganèse, mais ces préparations ne lui ont pas donné des résultats aussi avantageux que l'oxyde noir. (*Medical circular*, et *Dublin medical Press*, janvier 1864.)

Le catarrhe d'été, et son traitement. Nous avons à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs de cette singulière affection à laquelle on a donné les noms significatifs de *catarrhe d'été*, *fièvre de foin*, et qui, observée sans aucun doute depuis longtemps, paraît n'avoir été rapportée

pour la première fois à sa véritable cause qu'à une époque peu éloignée, en 1828, par le docteur Bostock (*in med. chir. Transact.*). Il ne faudrait pas croire, en raison de la dénomination imposée à la maladie, qu'elle soit en quelque sorte l'apanage exclusif des habitants de la campagne. Si ceux-ci y sont plus fréquemment exposés, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, il n'en est pas moins vrai que ceux des grands centres de population n'en sont pas exempts, les plantes aux émanations desquelles elle est due pouvant, un certain temps encore après leur récolte, conserver leurs qualités nuisibles et exercer leur influence dans les lieux où elles ont pu être transportées. C'est donc un point d'étiologie à retenir pour les praticiens des villes, et que met en lumière le fait suivant observé à Londres par M. Abbotts Smith :

T. G***, jeune homme de constitution robuste et jouissant habituellement d'une bonne santé, se présenta à la consultation de Metropolitan free hospital, en juin 1863, accusant les symptômes d'un fort rhume, avec céphalalgie intense, principalement frontale, vertiges, lassitude et prostration des forces. Le malade était tourmenté par une toux âpre, sèche, et se plaignait d'une sensation extrêmement désagréable d'irritation et de prurit dans la gorge et la trachée. Le pouls était faible et fréquent, allant de 85 à 95 pulsations par minute; la langue, sèche et recouverte en partie d'un enduit blanchâtre; la sécrétion urinaire, fortement colorée et peu abondante; il y avait constipation opiniâtre. Apprenant que le malade était en service chez un marchand de fourrages, M. Abbotts Smith soupçonna la nature de la maladie, et, en poussant plus loin ses questions, reconnut ces faits importants : que cet homme habitait une petite maison située dans une cour où étaient accumulées de grandes quantités de foin, que le début des accidents remontait à une époque où des chargements considérables de foin nouveau avaient été apportés de la campagne, et que la femme du malade était également atteinte de symptômes semblables à ceux dont il souffrait lui-même. L'habitation temporaire à distance des magasins de fourrage, l'usage d'un purgatif salin plusieurs matins de suite, et de la teinture éthérée de lobélie enflée pendant quelques jours, remplacée un peu plus tard par une potion avec le sulfate de quinine acidifié au moyen de quelques gouttes d'acide sulfurique, procurèrent à l'un et à l'autre une guérison qui ne se fit pas longtemps attendre.

Le docteur Abbotts Smith a remarqué que le catarrhe d'été se rencontre avec plus de fréquence chez la femme que chez l'homme, fait qui avait déjà été signalé par d'autres observateurs ; que son maximum de fréquence est de quinze à trente-cinq ans, et que, passé cet âge, la tendance au retour annuel de la maladie diminue graduellement. Les cas les plus intenses lui ont paru être ceux qui se manifestent chez les sujets habitant dans le voisinage des prairies, au moment de la floraison des plantes fourragères, dont les émanations odorantes à cette époque sont dues principalement à l'*anthoxanthum odoratum* et à l'*holcus odoratus*. Il a été démontré, il y a quelques années, par Vogel, qu'il existe de l'acide benzoïque dans ces plantes, et que l'arome qui leur est particulier dépend de la présence de cet acide. Or c'est là un fait intéressant à remarquer, et qui peut-être donne la clef de la pathogénie du catarrhe d'été, puisqu'il est connu que l'inhalation de la vapeur formée pendant la sublimation de l'acide benzoïque détermine une vive irritation de la gorge et de violents accès de toux. N'est-il pas possible que la fièvre de foin soit causée, au moins dans une certaine mesure, par l'action irritante de l'acide benzoïque qui se dégage au moment de la floraison des plantes nommées plus haut? Ce qui donnerait quelque valeur à cette hypothèse, c'est que les attaques de la maladie, d'après les remarques de l'auteur, sont beaucoup plus intenses pendant les temps chauds et secs que dans les circonstances opposées.

Quant au traitement du catarrhe d'été, M. Abbotts Smith n'a trouvé que des avantages restreints dans l'administration de l'émétique, de l'ipécacuanha et de la digitale, malgré les recommandations dont ces agents ont été l'objet à différentes époques. Il lui a paru qu'il y avait lieu de compter davantage sur la teinture éthérée de lobelia inflata, à la dose de une demi-drachme à une drachme (la drachme vaut 3gr,88) toutes les quatre ou six heures, et sur la quinine combinée avec l'acide sulfurique dilué. Un purgatif salin, le sulfate de magnésie préférablement, sera donné selon l'indication. L'emploi de petits

fragments de glace, que le malade laisse fondre dans la bouche, est très-avantageux pour calmer la soif pénible et la sécheresse de la gorge. Des affusions froides ou des lotions générales à l'eau froide avec une éponge, répétées chaque jour, sont très-avantageuses pour prévenir les attaques de la fièvre de foin ou en diminuer l'intensité. Le régime doit être réglé avec soin, et tout aliment indigeste, les légumes surtout, doit en être écarté. La soustraction du malade à l'influence de la cause morbide facilite singulièrement la cure; mais malheureusement, dans beaucoup de cas, c'est une mesure qui est impraticable. (*Med. Times*, et *Dublin med. Press.*, janv. 1864.)

Sur l'influence que le tabac exerce sur la fréquence du pouls chez les fumeurs. Les expériences de M. Smith, chirurgien de l'hôpital des phthisiques de Londres, ont été faites sur quatre sujets seulement, mais elles ont été entourées de trop de précautions pour qu'on puisse les récuser complétement. M. Smith est d'ailleurs fort éloigné de vouloir en déduire aucune conclusion définitive, et il se réserve de les multiplier et de les varier ultérieurement. Notons aujourd'hui que ce confrère a constaté à peu près toujours une accélération du pouls pendant que le sujet fumait, et qu'il a reconnu à cet égard des variations assez marquées chez les quatre personnes mises en expérience. M. Smith est disposé à conclure de là que le tabac, dans certaines conditions au moins, n'a nullement l'action hyposthénisante qui lui est parfois attribuée, et qu'il peut fort bien exercer, tout au contraire, une action stimulante sur les fonctions du cerveau, ainsi que de divers autres organes. (*The Lancet* et *Gazette médicale de Paris*, mars.)

Paralysie traumatique du nerf radial; guérison par l'électrisation localisée. Bien que la paralysie traumatique d'un nerf isolé, et notamment du nerf radial, ne soit plus chose rare, les faits qui concernent cette affection ne sauraient trop appeler l'attention, tant en raison des difficultés qui s'attachent quelquefois à sa parfaite détermination qu'à cause de la résistance qu'elle oppose à la thérapeutique. A ces deux points de vue, l'observation suivante, due à M. le docteur Icard, offre un véritable intérêt. — Le 26 décembre 1862, entrait à l'hôpital des Cullinettes, salle 28, n° 4, service de M. Marmy, le nommé Letronit (Jean-Baptiste), fusilier au 28e de ligne, homme d'une constitution vigoureuse, sans antécédent rhumatismal ou syphilitique, et n'ayant jamais été exposé à l'intoxication saturnine. Il y a un mois, par une matinée très-froide, et pendant qu'il portait six bidons pleins d'eau du village de Fontaines au camp de Sathonay, Letronit fit une chute dans laquelle le poignet droit, fortement fléchi, eut à supporter tout le poids du corps. Un engourdissement de toute la main, et la perte presque complète des mouvements des doigts et du poignet furent les conséquences immédiates de cet accident; pourtant le lendemain il put écrire, non sans difficulté, une lettre de deux pages. Depuis ce jour, la perte des mouvements a été complète; le malade a quitté le service, a fait des frictions avec de l'huile camphrée, et a tenu son membre enveloppé dans du coton. Aucune amélioration n'étant survenue après un mois de ce traitement, il arrive à l'hôpital où l'on peut constater l'état suivant : L'avant-bras droit a diminué de volume; cette diminution porte surtout sur les muscles de la face postérieure. La sensibilité de la face dorsale de la main est moindre; la température a aussi diminué. Ces deux derniers phénomènes n'avaient point échappé à l'attention du malade, qui en fait remonter l'origine au lendemain de la chute. Le poignet forme presque un angle droit avec l'avant-bras; impossibilité d'étendre les doigts et de mettre la main dans l'abduction ou dans l'adduction, il y a abolition à peu près complète des mouvements de pronation et de supination. Les doigts sont infléchis dans la paume de la main et ne s'écartent pas les uns des autres dans la position horizontale; mais si, relevant fortement le poignet, on fournit un point d'appui à la main au niveau des premières phalanges, le malade étend facilement les deux dernières sur la première, ce qui indique l'intégrité des muscles inter-osseux et lombricaux. Les mouvements de flexion des doigts et du pouce sont très-affaiblis, et le malade est privé à peu près complétement de l'usage de son membre; mais on rend à la main ses mouvements de flexion si, pour suppléer à l'antagonisme des extenseurs,

qui fait défaut, on relève fortement le poignet. A l'aide de cet artifice expérimental, on reconnaît que les fléchisseurs n'ont point perdu de leur contractilité A cet exposé de symptômes, il est facile de reconnaître une lésion du nerf radial, ou tout au moins une paralysie des muscles qui reçoivent de lui leur innervation. — Un purgatif, des frictions avec un liniment ammoniacal camphré, et l'enveloppement du bras avec du coton cardé, constituèrent tout le traitement jusqu'au 29 décembre. La paralysie, nullement améliorée par ces divers moyens, fut traitée, à partir de ce jour, à l'aide des courants électriques fournis par un appareil à induction. Par les plus forts courants, on obtient à peine quelques contractions fibrillaires dans tous les muscles des régions antibrachiales postérieure et externe. Les inter-osseux et les fléchisseurs ont conservé leur contractilité électromusculaire, à un moindre degré pourtant que ceux du membre sain. Le passage du courant déterminait une douleur asssez vive. Au bout de trois séances, on observe un commencement d'extension du poignet sous l'influence de l'incitation électrique, et le malade accuse un peu moins d'engourdissement dans la main. Après la sixième séance, l'engourdissement n'existe plus qu'à un faible degré dans le pouce ; la sensibilité et la calorification sont revenues. Le poignet s'étend davantage, mais les doigts restent toujours infléchis dans la main. Les muscles extenseurs ont recouvré en partie leur tonicité, ou état semi-actif, car le poignet est moins infléchi sur l'avant-bras. Les mouvements de pronation et de supination, très-incomplets le jour de l'entrée du malade, sont plus faciles et lui permettent d'ôter son habit, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Le 17 janvier, vingtième séance, les doigts commencent à s'étendre sous l'action du courant porté sur les extenseurs exclusivement. Immédiatement après, le malade peut écrire si, à l'aide de la main gauche, il donne de la fixité au poignet droit ; mais s'il lui ôte ce soutien, l'avant-bras se renverse, et les caractères tracés sont beaucoup moins distincts. Sur l'invitation de M. Marmy, on cesse momentanément l'emploi de la faradisation pour juger des efforts curateurs de la nature. Le 25 janvier, on constate que les muscles animés par le nerf radial sont beaucoup moins sensibles à l'action électrique que le 17. Il ressort clairement de ce fait que l'innervation qu'ils reçoivent est encore insuffisante pour entretenir la contractilité musculaire. A partir de ce jour, on pratique de nouveau chaque matin la faradisation, qui ramène rapidement dans les muscles une contractilité même plus énergique qu'auparavant. La tonicité est aussi bien plus durable, et le poignet est beaucoup moins infléchi sur l'avant-bras. Cette inflexion est surtout moins prononcée immédiatement après l'électrisation. Le 31 janvier, deux séances. Les doigts s'étendent complètement sous l'action du courant, ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'à ce jour. La tonicité musculaire se conserve plus longtemps. Le 1er mars, dix nouvelles séances ont été encore pratiquées, et on constate aujourd'hui l'amélioration suivante : les doigts ont recouvré presque en totalité leur mouvement d'extension ; le malade peut se servir de la cuiller pour manger ; il peut écrire, mais se fatigue assez rapidement. Le 7 mars, les muscles paralysés ont été soumis quatre fois encore à l'incitation électrique depuis le 1er mars. Si l'on soumet successivement à l'action du courant les extenseurs du côté malade et ceux du côté sain, on note que l'extension est également complète des deux côtés ; mais sous les seuls efforts de la volonté, l'extension est légèrement plus faible à droite qu'à gauche. Aussi le malade serre-t-il moins fortement la main qu'on lui présente. Mais augmente-t-on l'action antagoniste des extenseurs par un artifice expérimental, c'est-à-dire en forçant l'extension du poignet, immédiatement la main saisie sera plus vigoureusement serrée. La mensuration comparative des deux avant-bras ne montre pas une différence appréciable. Le malade écrit plusieurs pages sans se fatiguer et obtient son exéat le 8 mars. Lutronit est revu le 19 avril ; son avant-bras droit a manifestement augmenté de volume et est plus gros que le gauche. Le malade manie facilement le fusil et peut faire son service. Mais si l'on mesure comparativement la force des deux bras, on s'assure que le droit, bien que plus volumineux, serre moins énergiquement la main que le gauche. (*Journ. de méd. de Lyon*, mars 1864.)

Deux guérisons d'anévrysme par la compression. Le premier cas, traité par M. Rizzoli, offre quelques circonstances dignes

d'attention. Un sous-lieutenant portait à l'aine gauche un anévrysme survenu à la suite d'une chute. Comme la tumeur s'enfonçait dans le bassin, on ne put faire la compression que *au-dessous* d'elle. Néanmoins, au bout de trois jours, et malgré des suspensions obligées dans l'emploi de ce moyen, la tumeur était durcie, s'était remplie de dépôts fibrineux, était assez réduite de volume pour qu'on pût dès lors transporter la compression *au-dessus*.

Cette compression fut faite avec le doigt; mais elle ne donna qu'un résultat imparfait, quoique soutenue par le régime de Valsava et le mercure (donné au cas d'une syphilis). On essaya aussi l'électro-puncture dont le résultat, quoique satisfaisant, fut également incomplet et temporaire.

L'anévrysme, quoique diminué, continuant à battre après quarante jours employés en ces tentatives, M. Rizzoli appliqua la compression *à cachet*, c'est-à-dire faite avec un instrument portant une pelote qui permet de comprimer plus facilement et plus exactement l'artère iliaque sur le rebord du bassin. Au bout de deux jours, cette pression exécutée tantôt par le malade, tantôt par un aide, avait fait cesser les pulsations non-seulement dans l'anévrysme, mais dans toutes les artères du membre inférieur. La chaleur, de ce côté, resta toujours normale. Peu à peu les pulsations revinrent à la pédieuse et aux tibiales. Mais l'anévrysme demeura dur et sans battements; et le malade quitta l'hôpital trente-cinq jours après sa guérison bien constatée.

Dans le second cas, la situation moins élevée et le volume plus petit de l'anévrysme inguinal ont permis à M. Rizzoli d'appliquer de suite son compresseur au-dessus de la tumeur. Néanmoins nous remarquons qu'il a fallu quarante jours et l'addition, par intervalles, de la compression de la tumeur avec la main pour procurer l'oblitération complète du sac. (*Acad. del. sci. dell'Instit. di Bologna*, févr. 1864.)

De l'emploi du levier en obstétrique. M. le professeur Fabbri, de Bologne, cherche à susciter une réaction qui serait des plus rationnelles en faveur de cet instrument si simple, dont la plupart des accoucheurs ne se servent pas, par le seul motif qu'ils ne savent pas s'en servir.

Le levier est utile, dit-il, non-seulement pour redresser la tête dans les positions inclinées, c'est-à-dire comme instrument modificateur, mais aussi comme agent de traction.

Cette dernière propriété du levier est préférable à celle du forceps quand la tête, en présentation du vertex ou de la face, est retenue à l'entrée du bassin, surtout s'il y a une angustie du premier degré. Au contraire, dans l'excavation et à la sortie, le forceps a une efficacité supérieure.

Le triomphe du levier est dans les cas où l'obstacle n'étant pas très-grand, mais le travail n'avançant cependant qu'avec une lenteur capable d'épuiser les forces, on hésite à se décider à une application de forceps. La simple application du levier amène alors une prompte terminaison.

A la sortie même, le levier est préférable dans les cas rares où le diamètre transverse est réduit de manière à ne pas permettre l'application du forceps. On peut en dire autant de l'étroitesse extrême de la vulve.

Enfin, quand le tronc est sorti, le levier peut très-souvent suffire à extraire la tête. Une raison qui plaide bien haut pour lui dans cette circonstance, c'est que alors la vie ou la mort dépendent parfois de la promptitude de l'opération, et que l'instrument qui agit le plus vite est par conséquent le meilleur.

Quant à la construction du levier, celui qui est peu courbé est préférable lorsqu'on opère au détroit supérieur et qu'il y a quelque difficulté à l'introduire entre la tête et le pubis; celui qui est plus courbé vaut mieux, au contraire, dans l'excavation et à la sortie, toutes les fois, en un mot, qu'on peut en adapter aisément la concavité à l'occiput, au front, à la face ou aux côtés de la tête. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, janvier 1864.)

Absence des testicules : anorchidie congénitale. Le docteur Marzuttini, d'Udine, rapporte la curieuse et rare, sinon unique, observation d'un comte italien, qu'il n'eut, d'ailleurs, occasion d'observer que pendant sa dernière maladie, à l'âge de soixante-dix-huit ans, et qui n'avait pas de testicules. L'autopsie montra l'absence du vérumontanum, ainsi que des orifices des conduits éjaculateurs, le peu de développement du bulbe urétral et de la prostate. Le scrotum, formé par le tégument, le tissu cellulaire et le dartos, ne contenait qu'un tissu aréolaire peu adipeux.

On n'y trouva, non plus que dans l'aine, ni la paroi abdominale, ni le bassin, rien qui ressemblât à des testicules, à des vésicules séminales, ou à des canaux déférents. Les artères spermatiques manquaient. Absence du canal inguinal. Verge grande, de forme naturelle, ainsi que l'urètre.

La structure du corps de cet homme était en rapport avec son vice d'organisation. Entièrement dépourvu de poils autres que les cheveux, avec une voix aiguë, le larynx peu saillant, le cou long, le thorax développé surtout en bas, les membres grêles, la peau blanche et ténue, le cervelet comme atrophié, il avait toute l'apparence d'une femme.

Son caractère, d'ailleurs, répondait à sa conformation physique. Timide, loquace, s'occupant de bagatelles, mais voulant immédiatement ce qu'il voulait, capricieux, chérissant les enfants, tout le monde croyait voir en lui une femme, et souvent on le lui avait dit sous forme de plaisanterie. Il ne laissait pas cependant de courtiser le beau sexe; et ses contemporains racontaient de lui plusieurs aventures galantes, mais toujours arrêtées aux limites de l'amour platonique, — ainsi que cela devait être, ajoute l'auteur. (*Gaz. med. prov. Venete* et *Gaz. de Lyon*, mars 1864.)

Emploi du coton poudre comme agent styptique. Le docteur Arink préconise le coton-poudre comme un agent coagulateur du sang, pouvant même rendre encore service alors que beaucoup d'autres moyens ont été employés sans résultats satisfaisants. Il l'emploie également comme tampon et comme moyen antiseptique. Son usage doit surtout être recommandé dans les cas d'épistaxis et d'hémorrhagies consécutives à l'avulsion des dents. (*Geneesk. Courant* et *Journ. de méd. de Brux.*, avril.)

Luxation du fémur dans le trou obturateur. Un homme bien musclé, âgé de trente ans, fut reçu, le 7 novembre 1863, à l'infirmerie de Stockport. Quatorze semaines auparavant, pendant qu'il luttait, il avait senti quelque chose *céder* dans sa hanche gauche. Immédiatement devenu incapable d'appuyer le pied sur le sol, il dut garder le lit quinze jours, sans autre traitement qu'un emplâtre. Admis à l'hôpital, son membre mesuré de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne, fut trouvé raccourci d'environ un pouce et quart (un peu moins de 3 centimètres). Le trochanter faisait moins de saillie que normalement; hanche bien arrondie, mais fesse gauche un peu aplatie; genou au tiers fléchi. Placé dans la station debout, le corps se portait un peu en avant; pied tourné directement en avant. Le membre n'est pas dans l'abduction. Le blessé n'éprouvait aucune douleur dans la jointure et marchait assez aisément en s'appuyant sur un bâton. Chaque mouvement imprimé au membre, déterminе un craquement très-perceptible à distance. Le 9 novembre, le malade étant chloroformisé, M. Bird employa le mode ordinaire de réduction des luxations du fémur en bas, mais sans résultat. Il exerça alors quelques manipulations sur le membre qui, subitement, reprit, avec un craquement distinct, sa forme et sa longueur normales. (*The Lancet*, et *Gaz. méd. de Lyon*, avril 1864.)

VARIÉTÉS.

La Société d'agriculture, sciences, belles lettres et arts d'Orléans a mis au concours le sujet suivant : « Dans toutes les affections intermittentes qui réclament l'emploi du quinquina, et surtout dans les fièvres pernicieuses, peut-on administrer avec un égal succès le sulfate de quinine ou le quinquina en substance? » Le prix sera une médaille d'or de 400 francs. Les mémoires devront être remis à M. le docteur Pellotier-Sautelet, secrétaire général de la Société, avant le 1er mars 1865.

Nous venons de recevoir les deux premiers numéros des *Archives de médecine navale* dont nous avons dernièrement annoncé la prochaine publication. Parmi les travaux intéressants qu'ils contiennent, nous signalerons les suivants : Introduction, par le docteur Le Roy de Méricourt. — Rapport médical sur le service de l'hôpital flottant, *la Caravane*, mouillé en rade du Gabon,

par le docteur Griffon du Bellay. — L'île de Poulo-Condore, par M. Viaud. — Note sur l'œnanthe safranée, par le docteur Ad. Vincent.—Analyse de l'eau de la mer Morte, par le docteur B. Roux. — Histoire du service de santé de la marine et des Ecoles de médecine navale, par le docteur A. Lefèvre.

Nous nous promettons de revenir incessamment sur cette nouvelle publication.

Le Sénat a consacré une grande partie de deux de ses séances à entendre et à discuter un rapport fait par M. Bonjean sur deux pétitions : l'une de plusieurs docteurs en médecine, qui demandaient l'abolition du grade d'officier de santé ; l'autre de plusieurs officiers de santé qui demandaient l'abrogation de l'article de la loi de ventôse qui limite au seul département pour lequel ils ont été reçus l'exercice de leur art.

Le Sénat, après avoir entendu plusieurs orateurs, et notamment un discours étendu de M. Dumas, a passé à l'ordre du jour sur la pétition des docteurs en médecine, et a prononcé le renvoi de la pétition des officiers de santé aux ministres de l'instruction publique et de l'agriculture et du commerce.

Nous avons appris officiellement, par cette discussion, que le Conseil d'Etat était actuellement saisi d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine.

M. le directeur général de l'Assistance publique, ayant appris qu'un élève externe de l'hôpital Saint-Antoine était tombé malade à la suite d'une piqûre anatomique, et que ce jeune homme, seul dans sa chambre, ne pouvait y recevoir les soins nécessaires, a donné immédiatement des ordres pour qu'il fût transporté dans une chambre particulière de la Maison municipale de santé.

On mande de Jeancourt au *Journal de Saint-Quentin* un fait de dévouement que nous nous empressons de reproduire. Le lundi 4 avril courant, les nommés Kléber-Lamotte, Narcisse Féra, Désiré Dubois, tous trois de la commune de Jeancourt, passaient dans la grande rue de cette commune. Arrivés vis-à-vis de la maison du sieur Odiot, boulanger, ils furent poursuivis par le chien de celui-ci, qui se jeta sur l'un d'eux, le sieur Dubois, enfonçant ses crocs aigus dans la chair qu'il semblait vouloir détacher et emporter ; il ne lâcha prise que grâce à la présence d'esprit et au courage de la victime, laquelle, le saisissant au cou de ses mains vigoureuses, le lui serra avec tant de force, que le dogue tomba presque asphyxié.

Les deux camarades du sieur Dubois le conduisirent aussitôt chez le docteur Gobet, qui, malgré l'heure avancée, se leva avec empressement pour porter secours au blessé, dont la jambe présentait une plaie affreuse. Mais quel ne fut pas leur effroi lorsqu'ils virent le docteur porter sa bouche sur la plaie, qu'il saisit et suça comme l'enfant le sein de sa nourrice, puis se relever pour respirer, ayant la figure et les lèvres souillées par le sang qu'il essuya précipitamment, recommençant ainsi le même acte à deux reprises successives !

Enfin le bon et dévoué docteur, qui ignorait l'état de santé du chien agresseur, après avoir procédé à la cautérisation de la plaie du sieur Dubois, qui perdit connaissance pendant cette opération, lui dit, au moment où on allait le reporter chez lui : « Allez, mon ami, et soyez tranquille maintenant sur les suites de vos blessures ; quel que soit l'état sanitaire du chien qui vous a mordu, vous n'avez plus rien à craindre ; tout danger a disparu pour vous, car j'ai enlevé tout ce qu'il pouvait y avoir d'impur dans la plaie, et, encore une fois, rassurez-vous. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Nouvelles recherches sur l'action thérapeutique de l'aconitine.

Par M. Adolphe Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon.

In neuralgia, no remedy, I believe, will be found equal to it.
Pereira's mat. med. V. 3, p. II, p. 691. London, 1854.

Il n'est peut-être pas dans toute la matière médicale un agent plus infidèle, et, si l'on peut ainsi dire, plus capricieux que l'aconit napel. Tantôt d'une effroyable énergie, il fait hésiter les moins timides; tantôt d'une inertie dérisoire, il ne peut trouver grâce que devant la médecine expectante. D'où le discrédit, en quelque sorte mérité, dans lequel ce médicament est tombé parmi nous.

Mais la réhabilitation commence pour ce redoutable poison dont la place, si je ne m'abuse, est marquée à côté des moyens les plus héroïques dont la médecine dispose.

L'aconit doit ses propriété toxiques à une substance éminemment instable. La laisser au milieu des tissus qui l'ont produite, c'est la condamner à subir en partie les transformations que les progrès de la végétation ne manquent pas d'accomplir. La tenir en dissolution dans des menstrues liquides, c'est l'exposer à l'action lentement destructive du dissolvant et de l'atmosphère. Il fallait donc isoler ce principe à l'état de pureté pour mettre entre les mains du thérapeutiste un agent invariablement actif et digne de sa confiance. C'est le progrès que vient de réaliser M. Ernest Hottot [1].

Grâce à cet habile pharmacien, l'aconitine représente bien réellement aujourd'hui le principe actif de la plante. Les expériences récentes exécutées sur les animaux par notre distingué collègue, M. le docteur Liégeois, de concert avec M. E. Hottot lui-même, ne permettent aucun doute à cet égard.

J'ai entrepris d'étudier cette nouvelle aconitine au point de vue clinique, et les cas où je l'ai employée, en ville et à l'hôpital, sont maintenant assez nombreux [2] pour que je puisse me faire une

[1] *De l'aconitine et de ses effets physiologiques*, thèse inaug.; Paris, 1863.
Pour être juste, il faut reconnaître avec l'auteur qu'en Angleterre M. Morson prépare depuis plusieurs années déjà une aconitine de très-bonne qualité, mais qui n'avait point passé le détroit.

[2] Ces faits sont au nombre d'une trentaine au moins. A l'hôpital, les observations ont été recueillies avec soin par mes élèves, MM. Flurin, interne, Boudry, Marsoo, Méric, Pâris et Roulet, externes.

juste idée de son mode d'action et de sa valeur thérapeutique. La présente note a pour objet de faire connaître les résultats de mes observations.

Sans m'astreindre à donner la relation détaillée des faits, je me contenterai, dans l'exposé sommaire qui va suivre, d'indiquer d'abord la forme pharmaceutique et le mode d'application de l'aconitine et de décrire ensuite les phénomènes dits *physiologiques* et les effets thérapeutiques obtenus. Enfin, j'essayerai d'en estimer la puissance et de tracer les indications rationnelles de son emploi.

Pour l'usage interne, l'aconitine, préparée dans le laboratoire de M. Hottot, qui avait bien voulu m'en donner une provision, était associée à un peu de gomme et de sucre, sous forme de petites pilules, contenant chacune un demi-milligramme de substance active.

Pour l'usage externe, M. Hottot m'avait fait remettre une solution alcoolique de sulfate d'aconitine pure au 1/500.

Ce sont, bien entendu, les pilules qui ont été surtout utilisées au nombre de une, deux, trois, rarement davantage, dans les vingt-quatre heures. Voici les phénomènes locaux et généraux observés à la suite de l'ingestion du médicament.

Parfois, la pilule détermine au passage dans la bouche et l'arrière-gorge, une saveur chaude et âcre, mais le plus souvent il n'y a dans le premier moment aucune impression produite. Seulement, après un laps de temps qui varie de quelques minutes à deux heures, les sujets commencent d'ordinaire à ressentir dans la région épigastrique une chaleur qui, légère et fugace chez les uns, forte et permanente chez les autres, acquiert exceptionnellement une intensité telle, qu'on peut la comparer à une brulûre ou à l'action d'une substance corrosive. Cette sensation se propage jusqu'au gosier et à la pointe de la langue. Le goût s'altère. De la salivation, des nausées, des éructations, des vomissements même se joignent à ces troubles sensitifs. Des coliques se font sentir un peu plus tard. Puis le malade éprouve des douleurs de tête, un serrement aux tempes, des obnubilations de la vue, le vertige et une tendance syncopale que dissipe un peu la position horizontale. Cependant on remarque du côté de la sensibilité générale une sédation plus ou moins évidente, selon l'intensité des douleurs préexistantes. Cette sédation est partagée par le système vaso-moteur : les hyperémies capillaires s'effacent, et le pouls perd de sa fréquence et de sa force. Il peut survenir de la sueur, et le malade tombe dans un état d'apaisement et de langueur qui marque un amendement plus ou moins prononcé, plus ou moins durable dans les symptômes morbides.

Tel est l'ensemble des phénomènes observés dans la série des cas soumis à notre étude. Il est inutile de dire que le tableau ne se montre pour ainsi dire jamais complet chez un même sujet; les traits variant selon les caractères du mal, les circonstances de son développement et les conditions individuelles.

Reprenons maintenant à part chacun des symptômes principaux énumérés ci-dessus.

Action sur la muqueuse digestive. — Ingérée dans le tube digestif, l'aconitine, quand elle n'est pas suffisamment dissimulée dans son excipient et qu'elle séjourne un peu dans la bouche, détermine au passage sur la langue, l'isthme guttural et le pharynx, une sensation désagréable plus ou moins âcre, qui se manifeste plus habituellement dans l'estomac après la dissolution de l'alcaloïde. Lorsque les parties supérieures des voies digestives ont été épargnées d'abord, il se peut qu'elles soient affectées plus tard, consécutivement à la souffrance de l'estomac, soit en vertu de la sympathie, soit par le fait de la régurgitation de mucosités stomacales imprégnées du principe irritant ou bien de l'action du sang chargé de ce même principe. La modalité dont la langue est alors le siége offre d'abord une grande similitude avec celle qui s'est produite auparavant dans la région épigastrique, mais plus tard la chaleur fait place à une sensation de picotement et de fraîcheur qui rappelle l'action de la menthe poivrée ou de la pyrèthre et se continue parfois au delà de vingt-quatre heures.

La sensation de chaleur à l'épigastre est tantôt fugitive, tantôt persistante, et peut durer plusieurs heures. Souvent légère, elle devient parfois très-pénible. Les malades se plaignent d'avoir en même temps une salivation excessive et des nausées. Il survient assez souvent des éructations et des vomissements qui amènent l'évacuation de matières muqueuses et aqueuses, parfois teintées de bile et chargées de débris d'épithélium.

Les vomissements, aussi bien que la chaleur épigastrique, peuvent être considérés comme des symptômes locaux en rapport avec l'intensité d'action de l'aconitine sur la muqueuse stomacale. Le ptyalisme et la sensation d'âcreté qui se développe ultérieurement dans la gorge et à l'extrémité libre de la langue, où elle persiste quelquefois jusqu'au lendemain, sont-ils toujours des phénomènes de même ordre? Je ne le crois pas. A la vérité, il serait permis de les attribuer quelquefois au contact des matières rejetées par les vomissements ou par les renvois, mais je les ai vus se produire avec intensité chez des personnes qui n'avaient rien restitué par les voies

supérieures, et les troubles gustatifs se montrer de préférence, si ce n'est exclusivement, à la pointe de la langue, ce qui n'aurait pas eu lieu s'ils avaient reconnu pour cause l'impression exercée topiquement par une dissolution d'aconitine préalablement effectuée dans l'estomac. La chaleur âcre ressentie dans la bouche en pareille circonstance s'explique mieux, à mon avis, soit par une action réflexe transmise des filets terminaux de la portion de la paire vague dévolue à l'estomac jusqu'aux centres nerveux, et répercutée par ceux-ci vers les organes situés à l'entrée du tube digestif, soit par l'action directe des molécules d'aconitine portées par les capillaires sanguins au contact des papilles nerveuses de l'organe du goût et dans le tissu des glandes salivaires. Un seul malade a accusé des coliques bien prononcées à la suite de l'ingestion de l'aconitine. Aucun ne paraît avoir été pris de diarrhée sous cette influence.

Action sur le tissu cellulaire sous-cutané. — A plusieurs reprises, chez deux malades, nous avons pratiqué des injections de solution de sulfate d'aconitine par la méthode hypodermique. Trois à dix gouttes de la solution normale, représentant depuis un tiers jusqu'à 1 milligramme d'alcaloïde, ont été introduites chaque fois sous la peau. Il s'en est toujours suivi une sensation de chaleur plus ou moins brûlante dans le point correspondant. Cette chaleur, exactement comparable à celle que le médicament fait éprouver dans le tube digestif, est beaucoup plus forte que les sensations analogues déterminées par la morphine ou l'atropine; elle augmente encore pendant une demi-heure, s'étend circonférentiellement dans les régions voisines et gagne quelquefois les trajets connus des rameaux nerveux, ce qui n'empêche pas toujours l'action sédative secondaire de se faire sentir sur la région affectée. Néanmoins l'action irritante locale l'emporte quelquefois sur l'autre, et aucun soulagement ne survient après une injection hypodermique un peu trop forte.

Puisqu'une dose trop massive introduite tout à coup dans le tissu cellulaire sous-cutané provoque d'emblée une irritation capable de masquer et d'anéantir même l'action sédative ultérieure, il est clair que la solution d'aconitine ne doit être injectée qu'en petite quantité à la fois, sauf à répéter l'opération plusieurs fois par jour s'il en est besoin. Au reste, cette exigence ne constituerait pour l'aconitine qu'une légère infériorité, car les mêmes précautions devraient être recommandées pour un autre motif, à propos de l'atropine; celle-ci, en effet, présente l'inconvénient, lorsqu'elle est absorbée en trop grande quantité dans le tissu cellulaire, de produire des effets toxiques nuisibles et inquiétants, qu'il importe d'éviter.

Action sur le goût. — Comme annexe aux troubles de la sensibilité générale dont certaines parties de la muqueuse buccale sont le siége, je signalerai les modifications de la sensibilité gustative survenant après l'usage de l'aconitine.

L'un de mes malades avait acquis la singulière faculté de discerner la présence de la gentiane dans le vin de quinquina, d'après une amertume particulière dont il était désagréablement affecté lorsqu'il était sous l'influence de l'aconitine, amertume qu'il ne percevait pas en temps ordinaire. Mais l'altération la plus habituelle consiste dans la diminution de la sensibilité gustative, spécialement pour les saveurs perçues par la région antérieure de la langue, de telle sorte, que certains aliments font alors l'impression de la terre ou de la sciure de bois.

En somme, la perversion du goût est rare, l'anesthésie gustative est fréquente au contraire, mais nullement obligée. Il est arrivé que des doses relativement fortes d'aconitine ont laissé ce sens spécial parfaitement intact.

Action sur le sens de l'ouïe. — Une fois seulement l'aconitine a paru exercer son action sur l'organe de l'audition. Des bourdonnements d'oreilles ont eu lieu indépendamment de toute sensation vertigineuse ou syncopale liée à un trouble gastrique; et, comme ils ont coïncidé avec une amélioration marquée de la névralgie congestive, ils établissent une analogie entre la manière d'agir de l'aconitine et celle du sulfate de quinine.

Action sur les organes de la vision. — Je n'ai rien remarqué relativement à la sensibilité rétinienne. L'action sur l'iris est restée douteuse. Dans aucun cas je n'ai vu la pupille notablement agrandie. Néanmoins, j'admets la possibilité d'une mydriase déterminée par l'aconitine à titre de phénomène sympathique des troubles digestifs, ou lorsque cet alcaloïde administré à haute dose détermine des accidents toxiques. Elle peut encore se montrer quand des symptômes, d'ailleurs sans gravité, éveillent l'inquiétude chez des sujets pusillanimes; la peur, comme on le sait, produisant instantanément la dilatation pupillaire. Mais je ne trouve pas dans l'aconitine cette spécialité d'action qui caractérise la belladone ou ses dérivés. En voici une preuve démonstrative. Un homme était affecté d'une double amblyopie avec opalescence des cristallins; dans le but d'examiner plus facilement l'intérieur des yeux, je fis tomber à leur surface quelques gouttes d'une solution étendue de sulfate d'aconitine et me mis en devoir d'observer ce qui allait se passer. Or le contact du médicament produisit une vive cuisson avec larmoiement, rou-

geur et photophobie; puis, la première impression effacée, les pupilles se montrèrent rétrécies, ainsi qu'il arrive dans le cours d'une irritation forte des globes oculaires. M. Flurin, interne du service, constatait encore à la visite du soir une légère diminution du diamètre de ces ouvertures.

Action sur la circulation, la respiration et la calorification. — L'aconitine, qui calme les douleurs, refrène aussi les congestions actives ou les fluxions sanguines et agit également comme modérateur sur le centre circulatoire. Chez les sujets atteints d'arthrites rhumatismales avec fièvre, j'ai vu la fréquence du pouls diminuer concurremment avec les symptômes phlegmasiques du côté des articulations.

La température s'abaissait parallèlement à la rétrocession des phénomènes inflammatoires et fébriles.

Quant à la respiration, je n'ai pas trouvé qu'elle fût ralentie ni entravée sous l'influence de doses croissantes de 0gr,0005 à 0gr,003. J'ai donc lieu de penser que si les troubles respiratoires sont les premiers observés par les physiologistes expérimentateurs, cela tient à ce qu'ils emploient d'emblée des doses toxiques et à ce que les animaux ne trahissent par aucun signe visible l'existence des troubles gastriques et des altérations de la sensibilité que, sans doute, ils éprouvent antérieurement ou simultanément. Toujours est-il que chez l'homme on peut obtenir un ensemble de phénomènes physiologiques variés avant toute modification de la fonction respiratoire et que cet ordre de symptômes peut faire entièrement défaut, même lorsqu'on atteint la dose de 3 milligrammes d'aconitine en vingt-quatre heures. Au reste, M. Hottot déclare avoir vu quelquefois chez les animaux les désordres de la sensibilité précéder ceux de la respiration.

Action sur la diaphorèse et la diurèse. — On a donné l'exagération des sueurs comme l'un des effets les plus remarquables des préparations d'aconit. C'est un phénomène qui ne m'est pas apparu avec cette valeur et dont la relation avec le médicament ne saurait d'ailleurs être aussi étroite que semblaient le supposer les premiers observateurs. Il n'existe pas, ou du moins nous ne connaissons pas une classe d'agents dont l'action spéciale et nécessaire consiste à exciter la sudation [1]. En d'autres termes, il n'y a pas plus de médicaments

[1] L'existence de tels agents n'est pas impossible, car les excitants spéciaux des sécrétions sont toutes les matières entraînées par elles et toutes leurs analogues. Dans l'espèce, les acides volatils et quelques autres principes immédiats contenus dans la sueur seraient les stimulants les plus efficaces des glandes sudoripares.

directement et invariablement sudorifiques qu'il n'y a de diurétiques constants. La chaleur, qui est le plus puissant diaphorétique dans les conditions normales de santé et dans la plupart des cas morbides, manque pourtant son effet et devient même un obstacle à la sudation dans certaines fièvres ardentes. C'est alors à des moyens de sédation qu'il faut recourir pour favoriser les fonctions cutanées. Ainsi deux méthodes opposées peuvent également provoquer la sudation. Dans la réfrigération ou la période de concentration des fièvres, comme avec une fièvre peu intense, il convient d'employer les boissons chaudes, légèrement aromatiques et stimulantes avec la refocillation. Si l'état pyrétique est exalté, la chaleur brûlante, il faut au contraire modérer la température extérieure, faire tomber l'éréthisme par un vomitif et administrer des boissons simplement tièdes.

La même distinction peut être faite relativement à la diurèse.

Le meilleur moyen d'exciter cette fonction consiste à ingérer de l'eau fraîche. Ce liquide agira plus sûrement encore s'il tient en dissolution des sels, des nitrates particulièrement ou des principes immédiats, tels que l'urée, sur lesquels les reins exercent une élection. Etant donné un certain degré de langueur, de torpeur, ou, comme disaient nos devanciers, d'*imbécillité* des glandes uropoiétiques, c'est donc à ce genre de stimulants qu'il faut s'adresser. Mais, si l'anurie dépend de l'irritation inflammatoire des reins, il faut, au contraire, favoriser la résolution de ce travail par des antiphlogistiques et par tous les moyens capables de diminuer la congestion active. C'est ainsi que les astringents, comme le perchlorure de fer, le tannin, et mieux l'acide gallique, deviennent les meilleurs diurétiques dans la néphrite albumineuse aiguë ou subaiguë.

Ceci étant admis, il sera plus aisé de concevoir le mode d'action de l'aconitine dans la production de la diaphorèse. Supposez un sujet atteint d'un accès de rhumatisme ou de goutte et d'une fièvre violente avec chaleur âcre et sèche des téguments, si vous lui administrez de l'aconitine qui calme les douleurs, augmente la tonicité des capillaires, diminue l'hyperémie, provoque un état nauséeux ou même des vomissements, et amène en définitive une sédation générale; aussitôt, l'effort naturel aidant, vous verrez survenir la sudation, signe d'une détente dans l'état inflammatoire et fébrile.

En dehors de ces conditions, l'aconitine ne provoquera guère la diaphorèse, et je n'ai jamais rien vu de semblable dans les affections apyrétiques contre lesquelles je l'ai conseillée, à moins qu'elle n'eût préalablement déterminé des vomissements et des vertiges. C'est

donc plutôt par une voie détournée qu'elle agit et non pas directement en stimulant la fonction des glandes sudoripares. Il en est de même pour la sécrétion urinaire. L'aconitine exciterait sans doute les reins chargés en partie de son élimination, mais elle accroîtrait la diurèse si la rareté des urines tenait à l'hyperémie excessive des reins. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de constater nettement le phénomène.

Action sur les nerfs et les centres nerveux. — L'aconitine exerce sur la sensibilité une influence rendue manifeste par les résultats remarquables que nous en avons obtenus dans plusieurs cas de névralgies cruellement douloureuses. Est-ce sur les centres de perception ; est-ce plutôt sur les extrémités centrales ou périphériques, ou bien sur la continuité des cordons nerveux qu'elle agit ? C'est ce qu'il est difficile de préciser dans chaque cas particulier. Mais la réalité de l'action sédative de l'alcaloïde n'en est pas moins démontrée par les faits pathologiques ; et, puisque les phénomènes morbides ne sont que ceux de l'état normal modifiés, il est à présumer que l'aconitine appliquée à l'homme sain ferait descendre la sensibilité pour la douleur jusqu'au degré de l'analgésie.

Au reste, l'aconitine agit nécessairement de plusieurs manières et sur diverses portions de l'appareil nerveux. L'action topique primitive s'exerce sur les extrémités périphériques des nerfs et, si l'ébranlement est suffisamment énergique, elle se transmet le long des filets nerveux, à une distance plus ou moins grande du point d'application et jusqu'aux centres d'innervation eux-mêmes. Ce qui n'empêche assurément pas les effets directs des molécules d'aconitine sur la moelle ou l'encéphale, lorsqu'elles sont portées au contact de ces organes par l'intermédiaire de la circulation ; sans compter, en outre, la série des réactions réciproques dont le jeu s'exécute entre les diverses dépendances du système nerveux, à la suite d'une impression primitivement localisée. Pour fixer les idées, reprenons un exemple mentionné plus haut. Une pilule ingérée dans l'estomac y détermine une vive chaleur. L'impression ressentie par les filets terminaux du pneumo-gastrique se transmet à d'autres portions de la paire vague, après s'être réfléchie soit dans la moelle allongée, soit dans quelque petit foyer ganglionnaire situé à mi-chemin. Il en résulte une sensation analogue à celle du point de départ, dans la gorge et au bout de la langue, ainsi qu'une hypercrinie des glandes salivaires et buccales. Voilà bien, si je ne m'abuse, une impression directe suivie d'une action réflexe. Toutefois reconnaissons que les molécules d'aconitine charriées par la circu-

lation agiraient de même sur les organes placés à l'entrée des voies digestives.

Il existe dans la symptomatologie de l'aconitine d'autres phénomènes qui comportent une interprétation analogue, mais auxquels s'applique également sans difficulté l'explication qui fait intervenir l'absorption préalable et l'action directe du sang chargé de l'agent thérapeutique. Tous ces faits, pour être convenablement appréciés, réclament de nouvelles et plus complètes études cliniques.

Mais, pour rendre ces études aussi profitables que possible, le médecin devra se livrer à une analyse exacte des phénomènes et à une discussion rigoureuse de leur mode de production ; et, s'il ne veut rien omettre d'important, il devra tenir compte de ce double point de vue.

Premièrement, s'il envisage la série des actions successivement subies et imposées par les diverses parties du système chez un sujet mis en rapport avec l'agent médicamenteux, il aura à constater des effets immédiats, locaux ou topiques et des effets éloignés ou *médiatisés,* si je puis ainsi dire, soit par les sympathies, par l'agencement organique et par le *consensus* fonctionnel, soit par l'absorption : ceux-ci méritant l'épithète de généralisés ou *diffusés,* ceux-là s'appelant sympathiques, réflexes ou consensuels.

Si l'observateur considère la succession des actes dans chaque partie impressionnée par l'alcaloïde, il distinguera des effets primitifs et consécutifs, connus sous les dénominations de *directs* et *indirects* et que je proposerais d'appeler *positifs* et *négatifs* (1).

Opposition entre les phénomènes locaux et les phénomènes généraux de l'aconitine. — Chez plusieurs malades l'aconitine a déterminé du côté des premières voies des symptômes d'irritation fort pénibles. Ainsi la sensation de brûlure de la région épigastrique s'est trouvée exagérée et s'est reproduite dans le pharynx et à la langue ; des nausées et du ptyalisme l'ont accompagnée, et des vomissements se sont répétés après l'ingestion de chaque pilule. L'action locale

(1) Les effets positifs d'un médicament, comme d'un agent morbifique, sont tous ceux qu'il produit en vertu de son action propre. Les effets négatifs sont ceux d'un caractère parfois entièrement opposé, qui succèdent aux premiers en vertu des lois qui gouvernent l'économie vivante et sans filiation directe, par rapport à la cause pathologique ou thérapeutique. L'action positive du froid, c'est d'abaisser la température, d'affecter le réseau vasculaire et de contracter les tissus; ses effets négatifs sont l'excitation circulatoire et calorifique qui survient par le fait d'une réaction de nos organes. Mais quand cette réaction se produit, le froid n'exerce déjà plus son influence.

poussée jusque-là était par elle-même un inconvénient majeur et devenait parfois une source de contre-indication.

Mais les phénomènes d'irritation gastrique sont surtout regrettables à un autre point de vue. Il est à remarquer en effet que les sujets chez lesquels ils ont acquis le plus d'intensité sont aussi ceux qui ont eu le moins à se louer de l'efficacité du remède. Une atténuation légère de la douleur ou de la phlogose, selon le cas, voilà tout ce qu'ils en ont obtenu. Encore est-il difficile d'apprécier la part qui revient à la dépression occasionnée par les vomissements.

On se rend facilement compte de ce défaut d'action générale, quand l'impression exercée sur les premières voies est si vive, si l'on considère qu'en pareille circonstance la muqueuse gastrique irritée, congestionnée, se trouve fort mal disposée pour l'absorption. Loin de se laisser traverser par la substance médicamenteuse, elle doit se barricader contre ce corps étranger qui la blesse et, selon toute apparence, une abondante sécrétion de mucus vient invisquer l'aconitine et préserver de son contact la surface hyperémiée.

Dès lors il n'y a plus guère d'action possible, attendu la mutabilité excessive de l'alcaloïde en présence des matières organiques, surtout de celles qui sont susceptibles de donner naissance à des ferments ou qui, à la manière de l'épithélium, participent un peu des propriétés catalytiques des organismes inférieurs présidant aux diverses fermentations. D'autres agents thérapeutiques, telles que la quinine ou la morphine, trouveraient dans l'intestin une voie supplémentaire d'absorption. L'aconitine ne résiste pas assez longtemps aux causes de destruction pour gagner les régions inférieures du canal alimentaire. Introduite dans l'estomac, elle doit s'y absorber promptement, sinon elle est condamnée à une sorte de digestion qui l'anéantit en la transformant. Quoi qu'il en soit, les propriétés irritantes de l'aconitine constituant un obstacle à son absorption et conséquemment à son action diffuse sur l'économie, il importe de les atténuer autant que possible pour obtenir les meilleurs effets thérapeutiques.

Plusieurs moyens se présentent au praticien pour amener ce résultat : 1° il peut mettre une très-petite quantité d'aconitine à la fois en contact avec la muqueuse stomacale ; 2° il peut engourdir la sensibilité de cette dernière ; 3° ou bien corriger l'action trop irritante du médicament.

Pour atteindre le but indiqué en premier lieu, on emprisonne l'aconitine dans une substance lente à se dissoudre, telle que la gomme, et on lui donne la forme pilulaire. Mais cette précaution

serait insuffisante; il faut y joindre le fractionnement des doses. Je n'ai jamais employé que de petites pilules d'un demi-milligramme; il conviendrait de descendre à de plus minimes quantités encore pour faire tolérer l'alcaloïde à certains sujets. En poussant les choses à l'extrême, on prescrirait des pilules qui, ne renfermant pas plus d'un déci-milligramme, seraient certainement supportées par les estomacs les plus rebelles. Il suffirait d'en administrer cinq de suite à un quart d'heure de distance pour représenter la valeur d'une de mes pilules ordinaires.

Quant à la sédation préalable de la muqueuse gastrique et à l'atténuation des qualités âcres de l'aconitine, l'un quelconque de ces deux procédés ne serait peut-être pas exempt d'inconvénient; car l'anesthésie gastrique ne serait obtenue parfois qu'au prix d'une diminution de la faculté absorbante de cet organe, et d'un autre côté l'âcreté du médicament ne pourrait être corrigée que par des moyens analogues ou bien par des substances susceptibles de masquer les propriétés do l'aconitine en l'invisquant d'une manière excessive ou de les détruire en l'altérant chimiquement. Il y a cependant quelque chose à tenter dans cette voie en prenant pour guide l'observation clinique.

Rien de plus variable que la tolérance des malades pour l'aconitine. Quelques-uns l'absorbent sans s'en douter; de ce nombre était un sujet affecté d'une atroce névralgie acrodynique, qui exigea la plus forte dose d'aconitine qu'il me fût donné de prescrire. D'autres, plus nombreux, souffrent plus ou moins de cette chaleur épigastrique et des symptômes connexes plusieurs fois énumérés. Mais, chose digne de remarque, beaucoup de malades se sont trouvés appartenir tour à tour à l'une et à l'autre de ces deux catégories, leur estomac se révoltant un jour contre les doses faibles ou moyennes qu'il avait auparavant tolérées et qu'il devait accepter plus tard sans la moindre difficulté. En cherchant la cause de ces fluctuations on peut espérer de saisir du côté du tube digestif les conditions les plus favorables à l'introduction de l'aconitine. Un de mes élèves, M. Roulet, expérimentant sur lui-même, a cru remarquer que l'alcaloïde, ingéré trop peu de temps après le repas, avait produit plus d'irritation locale que dans les circonstances inverses. Le fait est vraisemblable, attendu que l'estomac, congestionné par le travail digestif et dépouillé de son épithélium protecteur, se trouve alors et plus irritable et moins défendu contre l'injure des corps étrangers.

S'il en est ainsi, la même disposition organique, entretenue par de la gastralgie, de l'embarras gastrique, même de la gastrite,

entraînera d'ordinaire les inconvénients observés à l'état transitaire en dehors de ces conditions morbides. Au contraire, la tolérance s'établira d'emblée et régulièrement chez les sujets dont l'état gastrique ne laisse rien à désirer. En admettant la justesse de ces vues, il est rationnel de conclure que, d'une part, il faut administrer le médicament aussi loin que possible du repas précédent et de la mue épithéliale physiologique liée au travail de digestion ; et que, d'autre part, il convient d'administrer à certains dyspeptiques des substances de nature à préserver leur muqueuse stomacale trop irritable, à la condition toutefois de ne pas gêner l'absorption et de ne pas favoriser la décomposition de l'aconitine. L'eau albumineuse semble devoir répondre immédiatement à ces exigences, mais il ne faudra pas négliger pour cela les médications diverses usitées contre les troubles morbides auxquels se rattache la susceptibilité gastrique.

Applications thérapeutiques.—Névralgies. — Les effets de l'aconitine sur les animaux m'invitaient à en essayer d'abord l'usage sur des sujets atteints d'affections éminemment douloureuses. A ce titre les névralgies proprement dites devaient être l'objet de mes premières recherches. Mais, ayant cru reconnaître dès le début que le médicament convenait surtout aux formes congestives dont je vais indiquer en passant les caractères, j'ai bientôt réservé pour ces sortes de névralgies l'usage de la nouvelle préparation.

On doit distinguer deux espèces de névralgies, au point de vue de la forme symptomatique. Les unes, mieux connues, sont celles qui se voient chez les anémiques, les chlorotiques avec ou sans hystéricisme, qui se font sentir le jour et sont rappelées et excitées par le froid. Les autres, moins étudiées, et cependant aussi communes, se montrent exclusivement ou prédominent la nuit, s'exaspèrent par la chaleur, s'accompagnent, durant les crises, d'une élévation de température de la région affectée d'une hyperémie et quelquefois d'une sueur locale [1]. Les premières sont justiciables du calorique et de l'opium. Les secondes guérissent de préférence par la réfrigération, le sulfate de quinine, et j'ajoute maintenant par l'aconitine. Dans plusieurs cas de ce que j'appellerai des ***névralgies congestives*** avec lésion fonctionnelle du système vaso-moteur, j'ai obtenu d'excellents résultats de l'emploi de l'aconitine à la dose quotidienne de deux ou trois pilules d'un demi-milligramme chacune.

---

[1] Il va sans dire que l'une de ces formes peut succéder à l'autre chez un sujet dans le cours d'une même affection. Toutefois, les névralgies restent ordinairement assez fidèles à leur type dans chaque cas particulier.

Ces observations trouveront naturellement leur place dans un travail spécial dont je réunis depuis plusieurs années les matériaux.

Mais c'est surtout dans une affection singulière et quelquefois terrible, qui touche aux névralgies et aux gangrènes, que j'ai obtenu les succès les plus inattendus.

Il est des sujets qui souffrent de douleurs vives, intolérables, atroces même dans les extrémités des doigts et des orteils. Ces douleurs, comparées à des déchirements ou à des brûlures produites par de la cire enflammée, durent des semaines, des mois, des années, se compliquent quelquefois de gangrène et amènent la mort par épuisement. J'ai eu dernièrement l'occasion d'en voir deux exemples(1), qui, heureusement, ont bien fini, dont l'un en ville, avec mes illustres maîtres MM. les professeurs Rayer et Trousseau. Le malade de l'hôpital Beaujon souffrait depuis deux ans dans les plantes des pieds de douleurs qui le privaient de tout repos. L'administration journalière de 1 milligramme d'aconitine en deux pilules coïncida au bout de quelques jours avec le retour du calme et du sommeil. Or le hasard n'entrait pour rien dans cette amélioration, car les pilules actives ayant été deux jours de suite remplacées par des pilules de mie de pain, d'ailleurs semblables, les douleurs se réveillèrent. Il suffit ensuite de reprendre l'aconitine et d'en continuer peu de temps l'usage pour que le malade, complétement exempt de ses douleurs habituelles et se considérant comme guéri, désirât quitter l'hôpital.

Le second cas s'est présenté chez un de mes clients, sujet à des indispositions vraisemblablement liées à la diathèse goutteuse et qui fut pendant plusieurs jours en proie à une véritable torture par le fait de douleurs horribles ayant leur siége dans la pulpe des doigts surtout, et aussi des orteils, principalement à gauche. Deux pilules d'aconitine (à 0gr,0005) étant de nul effet, il fallut successivement en élever le nombre à trois, quatre, cinq et jusqu'à six dans les vingt-quatre heures pour triompher de la violence du mal. Portée à cette quantité *maxima* de 3 milligrammes, l'aconitine eut complétement raison de cette excessive acrodynie et put être ramenée rapidement à la dose modérée de 1 milligramme 1/2 à 1 milligramme par jour. Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie.

---

(1) J'ai communiqué autrefois une observation du même genre à M. Maurice Raynaud, qui l'a fait entrer dans son excellente thèse inaugurale sur la *Gangrène symétrique des extrémités.*

Ces deux faits curieux seront prochainement publiés dans leurs détails.

Douleurs diverses. — A côté de ces névralgies congestives et des acrodynies se placent naturellement des cas de pleurodynie, de céphalalgie rhumatismale et de migraine, des points de côté ou douleurs latérales pleurétiques, ainsi qu'une orthopnée en rapport avec une pleurésie diaphragmatique, tous combattus efficacement par l'aconitine en faible proportion.

Rhumatismes articulaires et arthrites aiguës. — Quatre fois seulement l'occasion s'est offerte d'employer le principe actif de l'aconit contre les arthrites rhumatismales [1]; mais ces quatre malades ont eu à se louer du médicament, qui a toujours amené au moins du soulagement, et l'un d'eux a même été débarrassé de ses douleurs et de ses inflammations de jointures avec une rapidité d'autant plus remarquable, que les accidents avaient longtemps résisté à divers autres traitements appropriés, et notamment à l'usage du sulfate de quinine. Dans ces circonstances, j'ai vu les phlegmasies rétrocéder ou s'éteindre en même temps que s'apaisaient les douleurs et proportionnellement à l'abaissement de la température générale du corps et à la diminution du nombre des pulsations. Cependant il ne m'a jamais été donné d'observer ces sudations abondantes considérées comme caractéristiques de l'action de l'aconit et de ses préparations.

Fièvres intermittentes. — Tenant compte de ses effets antiphlogistiques et de son analogie d'action avec le sulfate de quinine à l'égard des névralgies congestives, j'ai eu l'idée d'administrer l'aconitine contre la fièvre intermittente. Deux hommes, entrés le même jour à l'hôpital Beaujon, ne tardèrent pas à m'en fournir l'occasion. L'un d'eux, originaire du Midi, avait contracté la fièvre en Languedoc; il prit trois jours de suite une ou deux pilules d'aconitine, et la fièvre ne reparut pas le troisième jour. L'autre, ancien zouave d'Afrique, avait pris la maladie sur les frontières de Tunisie, et, depuis sa rentrée en France, au commencement de l'année courante (1864), était à sa seconde rechute. Depuis huit jours, il était sous le coup d'accès quotidiens intenses, en outre, il était cachectique et sa rate mesurait de 18 à 20 centimètres en tous sens. Néanmoins, dès les premières pilules, l'accès fut diminué en durée et en intensité; le

[1] Je n'ai pas cru pouvoir essayer l'aconitine lorsque des complications d'endo-péricardite me semblaient exiger impérieusement l'emploi des moyens énergiques consacrés par l'expérience.

stade de sueur étant devenu prédominant, et le lendemain, après l'ingestion de deux nouvelles pilules, l'accès ne fut représenté à l'heure ordinaire que par un malaise et une sensation de froid et une impressionnabilité de l'air qui durèrent environ trois quarts d'heure. Le troisième jour le malaise correspondant à l'heure de l'accès fut moins sensible que la veille, et le lendemain il n'y en avait plus trace. Ce sujet est en cours d'observation.

Ces deux cas semblent indiquer, de la part de l'aconitine, une action sur le système nerveux analogue à celle de l'alcaloïde du quinquina, et ils feraient espérer de trouver dans l'aconitine un anti-périodique efficace, si la possibilité de la disparition spontanée des fièvres d'accès ne nous mettait en garde contre des apparences décevantes [1].

Conclusions. — En définitive, l'aconitine obtenue par le nouveau procédé est un médicament d'une puissance comparable à celle de l'alcaloïde de la belladone.

A la dose d'un demi-milligramme, elle produit des effets notables. A une dose double, les phénomènes physiologiques ou thérapeutiques s'accusent fortement, et, si l'on administre d'emblée trois ou quatre fois cette quantité dans les vingt-quatre heures, il en peut résulter des accidents toxiques.

L'action locale et immédiate de l'aconitine, plus irritante que celle des autres alcaloïdes vulgairement usités, justifie la place attribuée à ce principe comme à la plante dont il provient parmi les poisons narcotico-âcres, et réclame certaines précautions dans l'emploi du médicament.

L'aconitine pure doit être administrée à doses absolument minimes et de plus fractionnées. Il est rarement utile de dépasser la dose journalière de 2 milligrammes, en quatre prises.

Les effets généraux de l'aconitine sont en raison inverse des effets locaux produits sur le tube digestif ou sur la région de tissu cellulaire où elle a été introduite.

La sédation des nerfs sensitifs et celle de l'appareil circulatoire

---

[1] Nous avions raison de faire nos réserves. Trois jours après la suppression de l'aconitine et après la disparition de tout vestige de fièvre, les accès reparurent chez l'ancien soldat d'Afrique avec le type double, tierce, et cette fois ne cédèrent plus aux doses croissantes de deux, trois et quatre pilules par jour, tandis que 1 gramme de sulfate de quinine a arrêté court celui qui devait avoir lieu le lendemain. Il convient donc de suspendre notre jugement, mais j'ai lieu de croire à l'utilité de l'aconitine comme moyen palliatif contre les accès intermittents. (Note ajoutée pendant l'impression.)

sanguin par l'intermédiaire du système nerveux vaso-moteur, sont les principaux phénomènes dus à l'action de cet alcaloïde.

Ce médicament énergique trouve, en conséquence, son application dans les névralgies et surtout dans les *névralgies congestives*, notamment dans celles que je désigne ici par l'épithète d'*acrodyniques*. Il convient également dans certaines névrites symptomatiques de phlegmasies viscérales, ainsi que dans les affections rhumatismales douloureuses et inflammatoires.

Enfin, en raisonnant par analogie, d'après les résultats cliniques et les expériences sur les animaux, l'aconitine pure semble appelée à rendre de grands services contre une névrose excessivement grave : l'angine de poitrine.

Telles sont actuellement les seules conclusions provisoires que je tienne à déduire de mes premières recherches. Mais je n'ai pas voulu attendre davantage pour attirer sur un agent thérapeutique d'une extrême énergie l'attention des observateurs et solliciter leur contrôle en signalant des résultats pratiques déjà considérables.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur un cas de résection et de cautérisation des branches du trifacial pratiquée avec succès dans un cas de névralgie de ce nerf durant depuis dix ans.

Une plume autorisée écrivait naguère à cette place : « Il est peu de maladies qui fassent plus souvent que les névralgies le désespoir des malades et des médecins; » on peut ajouter que parmi les névralgies, il en est qui jouissent de ce triste privilége à un plus haut degré que d'autres : le tic douloureux de la face réclame certainement une part principale dans cette prééminence.

Lorsque en face d'une de ces terribles maladies qu'il est impossible de rattacher à une lésion primitive, soit des centres, soit du tronc ou des filets nerveux secondaires, on a épuisé toutes les ressources d'une thérapeutique palliative, ou intentionnellement curative, que faire ? Doit-on se déclarer vaincu et abdiquer ? Faut-il abandonner le malade à ses tortures et à un désespoir trop souvent capable des plus funestes déterminations ? En principe, il est à peine besoin de le dire, rien ne saurait légitimer une pareille conduite, pas même la plus complète détresse thérapeutique ; avant tout, et quelque sentiment qu'il ait de son impuissance, le médecin doit alimenter les illusions du malade. Mais, en réalité, la situation

du praticien est-elle aussi désespérée qu'il n'ait plus rien à tenter de sciemment efficace ?

Pour la névralgie faciale, en particulier, que nous avons surtout ici en vue, on a cherché à résoudre cette question ultime; c'est la chirurgie, à qui on l'a demandée, qui a fourni une dernière et quelquefois, il faut l'avouer, une précieuse ressource : l'interruption de la continuité du nerf affecté.

L'honneur d'avoir imaginé cette opération, vers le milieu du siècle dernier, est communément attribuée à Mareschal ; mais ce chirurgien se bornait à faire une ponction sur le trajet du nerf malade. Que de fois celui-ci eût-il dû échapper à la ponction : aussi s'explique-t-on facilement par cette imperfection du procédé les insuccès qui marquèrent les débuts de son application. André opéra avec plus d'énergie, partant avec plus de bonheur ; il obtint son premier succès sur le malade même qui avait été infructueusement traité par Mareschal ; André avait recours à des cautérisations successives qui détruisaient assez profondément les parties molles pour atteindre le nerf lui-même.

Depuis Mareschal et André, l'opération qui a pour but d'interrompre la continuité du nerf impliqué a été très-fréquemment pratiquée, et cela avec des résultats fort divers. Parmi les conditions de cette diversité (que nous ne voulons pas toutes examiner ici), le mode opératoire a certainement une importance majeure. Que la section simple, et à plus forte raison la ponction telle que la faisait Mareschal, ne suffisent pas, c'est ce que l'on n'aura pas de peine à comprendre aujourd'hui que l'on est si exactement renseigné sur la facilité des régénérations nerveuses. L'excision offre déjà beaucoup plus de garanties, et A. Bérard lui doit plusieurs succès; mais la garantie est plus certaine encore lorsqu'à l'excision on allie la cautérisation des bouts réséqués : c'est le procédé auquel Boyer donnait la préférence; il a permis à M. le professeur Nélaton de réaliser récemment un très-remarquable succès dans un cas intéressant à tous égards, qui est l'occasion de ces quelques remarques préliminaires, et auquel nous avons hâte d'arriver.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, le nommé Brossard (Alexandre), cordonnier, né à Champdeniers (Deux-Sèvres), lequel s'est présenté le 27 janvier 1864, à l'hôpital des Cliniques, pour y être traité de douleurs intolérables qu'il ressent dans la moitié droite de la face. Il vient de traverser la moitié de la France pour réclamer à Paris une opération qui le débarrasse de son mal. Le jour même de son entrée, sur ses instances pressantes, M. le pro-

fesseur Nélaton lui pratique plusieurs sections nerveuses dont nous rapporterons plus loin le résultat.

Mais nous nous empressons de laisser la parole à l'éminent chirurgien :

« Cet homme, disait M. le professeur Nélaton dans sa leçon clinique sur ce fait, qui est assez bien portant en apparence, nie tout antécédent morbide : il n'a jamais eu ni syphilis, ni goutte, ni fièvre intermittente, ni névralgie sur un point quelconque du corps autre que la face. Personne dans sa famille, parmi ses parents ou ses collatéraux, n'a été atteint d'aucune de ces maladies.

« Il fut pris tout à coup, il y a dix ans, d'une affreuse douleur, dans la joue droite, qui disparut brusquement sans laisser de trace ; mais elle se renouvela de la même façon et avec les mêmes caractères au bout de peu de jours, et elle s'établit d'abord avec quelques répits, d'une semaine, parfois d'un mois, puis elle le tourmenta sans relâche. Depuis deux ou trois ans, elle se reproduit quotidiennement. Au début, les douleurs se montraient presque exclusivement à la partie inférieure de la joue, au niveau du trou mentonnier. Bientôt elles se sont irradiées dans plusieurs directions, et en particulier du côté du nerf sous-orbitaire, dans l'épaisseur même de la joue et ensuite vers l'oreille, la paupière, le dos du nez, et aussi, rarement il est vrai, vers la région sus-orbitaire. Il en est de même aujourd'hui. La langue n'a jamais participé à ces douleurs. Il ne semble pas non plus que les ramifications qui se rendent aux dents, dans l'orbite, dans le nez aient été envahies, de sorte qu'il est permis de conclure que le siége de l'altération n'est pas dans le tronc même du nerf de la cinquième paire ; un certain nombre de branches seulement sont affectées.

« Le malade peint ses souffrances sous les couleurs les plus vives ; ce sont, dit-il, des lames de feu, des éclairs, une sensation de coupure, de torsion, d'arrachement ; et il réclame de tous ses vœux une opération quelle qu'elle soit : il se soumettra à tout. La douleur est continue, mais il existe par moments des exacerbations de durée assez courte, de quelques minutes, qui ne manquent jamais de se renouveler quand la bouche est touchée par un corps quelconque, une cuiller, un verre, etc. ; le paroxysme est alors atroce.

« On a tout fait jusqu'à présent pour amener la guérison de cette horible maladie ou obtenir au moins un peu de soulagement. On a employé le sulfate de quinine, l'atropine, la cautérisation, les moxas, etc. ; on a tenté de couper le nerf mentonnier. On n'a rien

obtenu. Le mal est resté indomptable, et il persiste avec une implacable ténacité. Le malade a pourtant fait une remarque : il souffre moins quand il prend des alcooliques ; mais lorsque, par ce moyen, la douleur a été calmée pendant un certain temps, ordinairement très-limité, elle éclate ensuite avec une vivacité extrême, et les accès gagnent en violence ce qu'ils ont perdu en nombre.

« Quoiqu'une opération soit loin de nous donner de grandes espérances, je crois qu'il est de notre devoir de céder aux instances du malade, qui a fait un long voyage pour s'y soumettre et qui ne reculerait pas devant le suicide pour se débarrasser d'une vie devenue insupportable. J'en ai déjà pratiqué beaucoup en pareils cas ; j'ai réussi trois fois d'une façon complète, et je puis être affirmatif à cet égard, car la guérison s'est maintenue depuis plusieurs années. J'ai échoué une vingtaine de fois environ ; cependant, presque toujours, j'ai vu survenir des rémissions pendant un certain temps. Je compte donc bien des insuccès, et pourtant je tenterai cette chance, quelque aléatoire qu'elle puisse être. Je ne ferai pas la section des nerfs malades, car la cicatrisation serait rapide, et après elle la récidive. C'est à la résection que nous aurons recours, et nous lui adjoindrons ensuite la cautérisation du bout supérieur, car il nous faut exécuter une opération radicale.

« Quels sont les nerfs à réséquer ? Il y en a trois, comme il y a trois points douloureux : le nerf mentonnier, le nerf buccal et le nerf sous-orbitaire. Il n'est pas indifférent de faire ici appel aux notions anatomiques. Au sortir du canal dentaire, le premier se trouve sur une ligne verticale passant entre les deux petites molaires ; on incise donc horizontalement, de part et d'autre de cette ligne, la muqueuse de la lèvre inférieure, on décolle et on relève le périoste, on aperçoit les branches nerveuses, on les dissèque et on les résèque.

« Pour le sous-orbitaire, il existe un peu plus de difficultés, parce qu'il est plus profond ; les points de repère sont moins saillants. Le trou d'émergence est situé sur une ligne verticale qui séparerait le tiers interne des deux tiers externes de l'orbite, à 4 ou 5 millimètres du bord inférieur. Il faudra donc pratiquer à cette distance une incision courbe, à peu près parallèle à celui-ci ; mais il vaut mieux la faire au-dessus qu'au-dessous, car on n'est pas gêné en bas dans la dissection, comme on l'est en haut par le voisinage de la paupière.

« Le nerf buccal semble en apparence beaucoup plus difficile à trouver, cependant il n'en est rien. Il vient de la profondeur de la

fosse zygomatique; il passe au-devant de l'apophyse coronoïde; il se réfléchit sur elle pour aller de la partie interne à la partie externe vers le milieu de sa hauteur ; donc, en incisant la muqueuse en ce point, on le découvre, on l'attire à soi et on le coupe. Ces trois résections sont délicates à pratiquer, mais elles ne sont pas dangereuses. »

Elles furent pratiquées toutes trois avec la plus grande facilité. La situation des nerfs ayant été déterminée avec une précision mathématique, l'exécution opératoire fut très-simple. Après la résection du mentonnier et celle du sous-orbitaire, qui furent faites sur une longueur de 1 centimètre, un fragment de pâte de Canquoin fut introduit dans chaque trou osseux. Le malade n'a pas été endormi ; il a supporté cette opération douloureuse avec un courage stoïque, sans proférer une plainte. A l'étonnement de l'auditoire, qui se manifestait devant son impassibilité, il répondait que cette souffrance n'était rien en comparaison de celle qu'il avait endurée depuis dix ans. Cependant, à la troisième section nerveuse, celle du sous-orbitaire, lorsque l'opération touchait à sa fin, le malade pâlit, et une sueur froide lui couvrit le visage, mais il ne poussa pas le moindre gémissement. Les parties auxquelles se distribuent les nerfs coupés devinrent immédiatement insensibles ; c'était une preuve que les communications entre les portions périphériques et centrales étaient bien interrompues.

28 janvier. Les vingt-quatre premières heures se sont passées presque sans douleur et dans le plus grand calme. Le malade a goûté un sommeil tranquille, qu'il ne connaissait plus depuis longtemps. Il boit, il mange sans souffrance, quoique le moment du repas ait toujours été le moment le plus critique ; mais lorsqu'il boit, le verre lui paraît déformé, il lui semble qu'il soit cassé. L'abolition de la sensibilité est absolue dans la moitié droite de la face.

29 janvier. Aujourd'hui, quarante-huit heures se sont écoulées depuis l'opération ; il n'a rien ressenti; il n'a pas eu un pareil intervalle de bien-être depuis cinq ans ; il demande à partir.

30 janvier. Dans la nuit, le malade a éprouvé des douleurs dont il n'indique que vaguement le siége vers les parties supérieures de la face. Elles ont été pourtant beaucoup moins vives qu'antérieurement.

31 janvier. Hier encore il a eu de légères atteintes ; il est découragé.

1er février. La journée du 31 janvier a été excellente, et le len-

demain, la douleur ne se montre pas davantage. L'absence de toute souffrance persiste jusqu'au 6 février, jour du départ du malade.

Le 10 mars 1864, M. Nélaton reçoit de Brossard une lettre où déborde le bonheur, et de laquelle nous extrayons le passage suivant : « C'est le cœur plein de joie et de reconnaissance que je vous annonce en ce jour l'heureux succès de votre opération ; je suis guéri, oui bien guéri, puisque je n'ai pas éprouvé la moindre douleur depuis que je vous ai quitté. »

Cette déclaration du malade lui-même, trois mois après l'opération, en consacre, en quelque sorte, le succès, qui, d'ailleurs, ne s'est pas démenti depuis cette époque. On pourrait, en revenant sur quelques particularités de ce fait, se demander à quoi tenaient les douleurs, assez vagues du reste, ressenties par le malade dans la troisième nuit qui suivit l'opération et qui ne reparurent plus : une simple céphalalgie accidentelle, indépendante de la maladie qui avait nécessité l'intervention chirurgicale, donnerait assurément une raison suffisante de ces douleurs passagères ; mais il est d'observation que des douleurs, des élancements semblables à ceux pour lesquels l'opération a été faite, peuvent se produire dans les jours qui suivent celle-ci, sans que cette circonstance doive faire désespérer du succès ; elle s'est présentée, en effet, dans d'autres cas où, comme dans celui qui précède, la guérison a été complète et durable. C.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Un mot sur l'hypermanganate de potasse et ses incompatibles [1].

L'hypermanganate de potasse est employé depuis quelque temps pour l'usage externe, et devient un produit chimique usité dans nos pharmacies. Il est utile de rappeler quelques-unes de ses propriétés, afin de tenir les pharmaciens en garde contre certains mécomptes qui pourraient surgir pendant la manipulation de ce produit. Ce sel, qui se présente en prismes déliés très-nets, d'une couleur brun noir brillant, est très-stable lorsqu'il est conservé seul. On sait quelle belle teinte pourpre violet il communique à l'eau en s'y dissolvant. Ce soluté se conserve assez bien dans un flacon bien bouché et à l'abri des rayons lumineux directs. Néanmoins il vaut mieux n'en faire la solution qu'au fur et à mesure du besoin. L'eau employée

[1] Extrait du compte rendu de la Société de pharmacie de Bordeaux.

doit être distillée et exempte de matières organiques. Cette condition est essentielle, parce qu'il y a incompatibilité entre les hypermanganates et presque tous les produits d'origine organique. La simple fibre ligneuse ou le papier les décompose. Il faut donc s'abstenir de filtrer au papier un soluté d'hypermanganate. S'il y avait absolue nécessité, il faudrait user de verre pilé ou de sable quartzeux pour épurer le liquide. Toute décoction ou infusion est incompatible; on voit, en effet, au bout de peu de temps, la couleur rouge du soluté s'affaiblir, disparaître, et prendre une teinte brun sale; un abondant dépôt d'un composé manganique insoluble se fait remarquer, et le liquide surnageant reste incolore, avec une réaction franchement alcaline.

Une réaction fort curieuse est celle produite par la glycérine sur ce soluté. Un honorable pharmacien, M. Boisset, de qui nous tenons cette observation, eut à préparer la formule magistrale suivante :

Hypermanganate de potasse............	20 grammes.
Eau..	200 grammes.
Glycérine..................................	20 grammes.

La solution du sel dans l'eau fut opérée avec l'aide d'une douce chaleur, et le liquide introduit dans un flacon. Au moment où l'on vint à ajouter la glycérine, complément de la prescription, une réaction violente surgit instantanément, et une partie du produit fut projetée avec force hors du flacon en gerbes divergentes. Ce fait, d'ailleurs remarquable, est une confirmation de ceux déjà connus sur les incompatibilités de ce sel. Nous avons répété cette expérience, et de plus nous avons constaté que le simple contact de la glycérine avec l'hypermanganate sec et à froid suffit pour produire une vive réaction. 20 centigrammes de ce sel préalablement porphyrisé, mélangés dans une petite capsule avec huit à dix gouttes de glycérine, donnent lieu à un boursouflement subit, avec projection de nombreuses parcelles assez chaudes pour *s'enflammer dans l'air*. Cette expérience est facile à réaliser, chacun peut la répéter, elle est caractéristique.

On comprend que de semblables mixtures n'ont plus aucune des propriétés des composants primitifs. Dans le cas dont il s'agit, il n'y a plus, dans ce reliquat informe, qu'un peu de glycérine non décomposée, du formiate de potasse à réaction fortement alcaline et un oxyde manganique insoluble.

Il est utile que ces faits soient bien connus de tous les pharmaciens, afin que si des formules magistrales contenant des alliances

de cette nature leur sont présentées, ils puissent en prévenir le médecin avant de les exécuter.

En définitive, l'hypermanganate de potasse ne doit s'employer qu'en solution dans l'eau distillée pure.

Sur la conservation du chloroforme.

On sait que le chloroforme s'altère à la lumière solaire et que, dans ces conditions, il suffit de peu de temps pour qu'il contienne de l'acide chlorhydrique et contracte aussi une odeur de chlore très-reconnaissable. Tout cela n'arrive pas quand le liquide est maintenu dans l'obscurité.

Lorsque le chloroforme a été altéré par l'exposition à la lumière solaire, M. Boettger dit qu'on peut le purifier facilement en l'agitant avec quelques fragments de soude caustique. Il devient alors de nouveau propre à servir aux inhalations; il peut même être conservé indéfiniment à la lumière diffuse, du moment qu'il est en présence de quelques morceaux de soude caustique.

Pilules purgatives à l'huile de ricin.

L'huile de ricin serait bien plus souvent prescrite, si les malades n'éprouvaient pas pour ce médicament un aussi grand dégoût. Nous croyons être utile aux praticiens en leur indiquant un moyen simple et facile d'administrer cette huile.

Pr. Huile de ricin	15 grammes.
Gomme arabique en poudre	8 grammes.
Eau	15 grammes.

Emulsionnez les trois substances, ajoutez par petites portions :

Farine de froment	15 grammes.

Mêlez exactement, divisez la masse en bols ou en pilules. On laisse les pilules exposées à l'air atmosphérique, l'eau qu'elles contiennent ne tarde pas à s'évaporer.

L'huile de ricin, à la dose de 15 grammes, n'est qu'un léger purgatif, on peut en augmenter l'action en remplaçant la farine de froment par une égale quantité de magnésie calcinée ou non calcinée. Huit à dix de ces pilules, prises le matin à jeun, relâchent le ventre sans l'irriter, comme le font les pilules qui contiennent de la gomme-gutte et quelques autres substances drastiques.

Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du traitement hypodermique des douleurs utérines.

Je ne sais jusqu'à quel point les injections hypodermiques de substances sédatives, depuis qu'elles ont été introduites dans la pratique, ont été mises à contribution pour le traitement des douleurs utérines; mais je désire apporter mon témoignage en faveur de leur efficacité extraordinaire dans les cas qui présentent ce symptôme. Je dois ajouter que mon attention a été vivement attirée sur ce mode de traitement par les excellents articles que M. Charles Hunter vient de publier dans la *Lancet.*

J'ai eu recours cet hiver, avec un succès prompt et marqué, aux injections hypodermiques dans plusieurs cas de dysménorrhée très-douloureuse, avec ou sans complications hystériques, dans plusieurs cas également de névralgie utérine ou ovarique, et enfin de névralgie faciale sympathique d'une affection de l'utérus. Le soulagement a été obtenu dans l'espace de quinze à trente minutes, sans être accompagné ou suivi de céphalalgie, de perte d'appétit, ou de nausées, symptômes qui sont si souvent le résultat de l'emploi des opiacés administrés par une autre voie, même celle du rectum. Ce dernier mode d'administration de ces médicaments a été jusqu'à présent mon ancre de salut dans le traitement des douleurs et spasmes utérins, et il est certainement très-efficace; mais ses avantages sont assez fréquemment contre-balancés par les inconvénients que je viens de mentionner, et desquels les injections hypodermiques paraissent être exemptes à un degré vraiment remarquable. Dans la grande majorité des cas où j'ai essayé ce mode d'introduction des opiacés dans l'économie, les effets sédatifs se sont seuls produits ; il n'y a eu aucun accident fâcheux consécutif.

Dans un cas de tranchées et de douleurs utérines très-intenses, suite de suppression des règles par l'impression du froid, j'injectai trente gouttes de solution de morphine. Les souffrances, qui pendant les vingt-quatre heures précédentes avaient été atroces, furent calmées en une demi-heure. Il y eut un bon sommeil la nuit suivante, le matin l'écoulement menstruel avait repris son cours, et ma malade, à très-peu de chose près, était tout à fait bien. Dans un cas semblable la douleur utérine s'accompagnait de symptômes hystériques violents; l'injection fut suivie des mêmes résultats favorables, calme, sommeil et disparition rapide de tout phénomène morbide.

Grâce à l'empire absolu que donne sur l'élément douleur l'injection hypodermique de la morphine, il m'a été possible d'instituer le traitement dans un cas intéressant d'affection utérine, que, sans cela, je n'aurais pu traiter qu'après avoir placé la malade sous l'influence du chloroforme ou bien qu'avec de très-grands inconvénients. La malade, jeune dame allemande de vingt-quatre ans, vint à Menton l'automne dernier, par le conseil de ses médecins, pour passer l'hiver dans le midi. On la regardait comme atteinte de névralgie, faciale et générale, et d'une extrême irritabilité nerveuse. Depuis plus de deux ans elle avait voyagé avec son mari, allant de pays en pays, de station thermale en station thermale, cherchant partout la santé. Je n'eus pas de peine à constater chez elle l'existence d'un grand nombre de symptômes utérins, non plus qu'à reconnaître que l'affection névralgique et nerveuse s'était manifestée à la suite de couches pénibles, qui avaient eu lieu environ trois ans auparavant. La découverte d'une ulcération inflammatoire considérable du col de la matrice donnait la clef de tous les troubles survenus dans la santé. Chose assez singulière, aucun des médecins qui précédemment avaient donné leurs soins à cette jeune femme, n'avait soupçonné le point de départ utérin de la névralgie. De tels cas sont toujours difficiles à traiter, toute intervention pour combattre la lésion utérine ayant presque invariablement pour effet de réveiller ou d'exciter la névralgie. J'ai eu à plusieurs reprises des cas de ce genre, dans lesquels il n'y avait possibilité de procéder à l'examen et au traitement local que grâce à l'administration du chloroforme porté chaque fois jusqu'à insensibilité complète, et dans un cas il m'a fallu recourir à ce moyen vingt fois et plus chez la même personne.

Chez la jeune dame en question le traitement chirurgical de l'ulcération fut d'abord assez bien supporté ; mais à mesure que l'état de la surface malade s'améliora et qu'elle devint par suite plus sensible, la tolérance diminua en même temps. Chaque fois que l'ulcération était touchée, il survenait une névralgie intense, et la santé générale commençait à s'ébranler. Dans les premiers jours, j'aurais été disposé à suspendre tout traitement et à envoyer la malade à la campagne pour une couple de mois, afin de laisser au temps et à la nature le soin de calmer le système nerveux et de ramener un état plus favorable. Mais dans les circonstances, un tel parti n'était guère acceptable, ma malade étant très-impatiente de continuer les moyens nécessaires pour arriver à une cure de l'altération locale avant que le printemps vint nous séparer. Je pensai alors au

traitement hypodermique, et j'essayai d'une injection de trente gouttes de la solution de morphine, immédiatement après chaque pansement utérin. Cette médication fut suivie d'un succès complet : il ne survint aucune douleur névralgique, et je pus désormais poursuivre sans interruption le traitement et le mener jusqu'à une terminaison heureuse. Une seule fois je négligeai cette précaution, et l'on m'envoya chercher à dix heures du soir. Je trouvai la malade en proie à une horrible attaque de névralgie faciale, qui avait commencé une heure auparavant. Elle se tordait de douleur et poussait des cris déchirants. On lui avait fait prendre de la chlorodyne, de l'éther sulfurique, etc., mais sans aucun résultat. J'injectai trente gouttes de solution de morphine, et en vingt minutes elle était calme, délivrée de ses souffrances. Le lendemain l'injection fut répétée, et la névralgie faciale n'est pas revenue. Cette dame, sans nul doute, recouvrera sa santé et verra disparaître sa névralgie, maintenant qu'elle est complétement guérie de son affection utérine.

Dans un cas de névralgie essentielle, occupant tantôt une partie du corps et tantôt une autre, j'ai injecté de vingt à trente gouttes de solution d'acétate de morphine quarante-deux jours de suite, sans aucun effet fâcheux. La névralgie, qui était très-intense, était entièrement maîtrisée au moyen de l'injection pendant environ dix-huit ou vingt heures; puis elle reparaissait, augmentant graduellement d'intensité jusqu'à ce qu'une nouvelle injection vînt la calmer de nouveau. Au bout de ce long espace de temps les douleurs cédèrent, soit que la guérison fût le résultat de la médication, ou que celle-ci eût permis à la névralgie de s'user d'elle-même à la longue. Pendant toute la durée du traitement, la malade, jeune femme très-délicate, dormit mieux que d'habitude, mangea aussi bien (son appétit étant ordinairement mauvais, ses facultés digestives languissantes), et était en état de prendre part à tout ce qui se faisait autour d'elle. Personne ne se doutait, à l'exception de sa famille, qu'elle fût atteinte d'une maladie aussi douloureuse. A ma grande surprise, je pus suspendre brusquement l'emploi de la morphine, sans qu'il se manifestât aucun des malaises et des incommodités qui s'observent habituellement lorsque l'usage des opiacés, après avoir été longtemps continué, vient à être abandonné tout à coup.

Depuis que j'ai pu apprécier la méthode hypodermique, son emploi me paraît susceptible d'une grande extension dans le traitement de la douleur en général. Je crois que l'injection d'une solution de morphine après une opération pourrait amortir la douleur et amener un calme général de l'économie, très-agréable pour le malade et

en même temps on ne peut plus profitable pour son rétablissement, et ces résultats avantageux, grâce à cette méthode, seraient exempts des inconvénients ordinaires des opiacés administrés à l'intérieur.

Il y a quelques années, j'ai recommandé (dans la *Lancet*) les lavements d'opium comme un moyen de modifier et même d'arrêter le mal de mer opiniâtre. Depuis lors, plusieurs cas nouveaux se sont présentés à mon observation, qui démontrent l'efficacité de cette pratique. Le grand empêchement à toute médication dans le mal de mer réside dans ce fait, que l'estomac n'absorbe les liquides qu'avec difficulté. Grâce à l'injection sous-cutanée, cette difficulté cesse d'être un obstacle. De plus, l'injection sous-cutanée serait, à bord, d'un emploi beaucoup plus facile que les lavements, pour lesquels beaucoup de personnes d'ailleurs éprouvent naturellement une véritable antipathie.

Je me suis servi presque exclusivement d'une solution d'acétate de morphine dans l'eau distillée. Neuf grains de ce sel dissous dans deux onces d'eau donnent une force à peu près équivalente à celle du laudanum. La liqueur de morphine de la pharmacopée anglaise contient de l'alcool, et j'ai remarqué qu'elle occasionne constamment de petites inflammations douloureuses; sans alcool, au contraire, la solution paraît être complétement inoffensive. En pinçant avec une certaine vigueur entre le pouce et l'index le pli de la peau sur lequel doit agir le trocart, la sensibilité à la ponction se trouve notablement amoindrie. Le point de la surface cutanée où se fait l'injection paraît n'avoir qu'une médiocre importance pour ce qui est du résultat. J'ai choisi principalement la région précordiale quand il s'agissait de douleurs utérines ou générales, et, pour les névralgies locales, le point le plus rapproché possible de la région affectée. Dr HENRY BENNET.

Observation d'anévrysme traumatique de la main guéri par la compression digitale intermittente prolongée pendant quatorze jours.

Lorsqu'une méthode est à l'étude, il importe de multiplier les preuves de sa valeur et de les grouper de façon que l'enseignement ne puisse disparaître; c'est ce qui m'a engagé à adresser le fait suivant à la Société de chirurgie, puisque c'est dans son sein que le nouveau traitement des anévrysmes a vu le jour. Je serais heureux maintenant, que le *Bulletin de Thérapeutique*, qui ne se consacre pas avec moins de succès à la vulgarisation des bonnes mé-

thodes, voulût bien donner à son tour sa sanction à ma tentative en lui prêtant le concours de sa large publicité.

Obs. B***, cultivateur, âgé de quarante-six ans, se blessa, le 8 juin 1862, avec la pointe d'une serpe à la face dorsale du premier espace interosseux de la main gauche. Du sang vermeil s'échappa par saccades de la plaie. L'hémorrhagie fut réprimée par une compression exercée en même temps au-dessus du poignet et sur la blessure.

Huit jours après, la plaie était cicatrisée, mais au-dessous il restait de la tuméfaction qu'une fatigue un peu prolongée de la main augmentait et rendait douloureuse. Pendant quelque temps, B*** veut continuer de se livrer à son travail habituel; il est obligé de l'interrompre.

Un mois après son accident, il a recours à mes soins. J'observe l'état suivant :

Le premier espace inter-métacarpien de la main gauche est tuméfié, douloureux. Vers son tiers supérieur, il présente une cicatrice peu étendue. Au-dessous de cette cicatrice existe une tumeur circonscrite, un peu rénitente, faisant un léger relief au-dessus du niveau de la peau, de forme ovoïde, du volume d'une cerise, offrant dans tous les points accessibles au toucher des pulsations isochrones à celles du pouls. Ces battements disparaissent complétement lorsqu'on comprime l'artère humérale, ou les deux artères de l'avant-bras en même temps. Ils se réduisent à la perception d'un léger frémissement lorsqu'on limite la compression à la radiale; ils reparaissent aussitôt qu'on supprime toute compression.

Je prescris au malade l'emploi de la compression digitale. Dès le lendemain, elle est exercée sur l'artère humérale. Je choisis des personnes intelligentes. Je préside, et, le plus souvent, je concours à son application. Elle est péniblement supportée; elle engourdit l'avant-bras et la main; elle est reprise et suspendue plusieurs fois. Je fais de nombreuses tentatives, mais inutilement, pendant toute la journée.

Je constate encore, comme la veille, que la compression, bornée à la radiale, effaçait presque complétement les battements de la tumeur. Cette compression fut employée isolément dans la soirée et pendant la nuit.

Le second jour, nulle modification n'est survenue dans l'état de la tumeur. Je réitère mes essais de compression sur l'humérale. Ils sont tolérés avec moins de douleur et pendant plus longtemps. Plusieurs fois dans la journée, ils sont renouvelés avec succès. Dans la soirée, et pendant la nuit, la radiale fut seule comprimée.

Le troisième jour, compression alternative sur l'humérale et sur la radiale. Celle de l'humérale put être continuée pendant cinq heures.

Le quatrième jour, nul mouvement pulsatif n'est perçu dans la tumeur, pendant qu'on comprime uniquement l'artère radiale. Même mode de traitement continué le cinquième et le sixième jour.

Le septième jour, réduction très-notable et solidification de la tumeur. Absence de tous battements. Dès ce jour, la compression n'est exercée que sur la radiale, plusieurs heures par jour et le plus souvent par le malade.

Après quatorze jours de l'emploi de la compression digitale appliquée d'une manière intermittente, d'abord alternativement sur l'humérale et sur la radiale, et ultérieurement sur la radiale seule, la tumeur de la main, privée de toute pulsation, avait perdu une grande partie de son volume. Cependant, sur ma recommandation, B*** exerça lui-même, pendant longtemps encore, la compression digitale intermittente sur la radiale. La tumeur s'effaça progressivement.

Il y a plus d'un an que le fait est accompli. La guérison ne s'est nullement démentie. MAZADE, d. m.,
à Anduze (Gard).

BIBLIOGRAPHIE.

Marseille et son intendance sanitaire, à propos de la peste, de la fièvre jaune, du choléra et des événements de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure), en 1861, études historiques et médicales, par Evariste BERTULUS, chevalier de la Légion d'honneur, professeur de clinique médicale à l'école de Marseille et ancien professeur d'hygiène navale, etc.

« Je voudrais pouvoir me taire, mais c'est impossible, parce que le verbe de vérité est dans mon cœur comme un feu ardent ; si je ne lui cède, il dévorera la moelle de mes os. » Ces paroles, empruntées à Jérôme Savonarole dans sa prédication contre Rome et le pape Borgia, sont placées en vedette sur la première page du livre de M. Bertulus, comme un avant-goût des violences de polémique, dont est émaillée l'œuvre de l'irritable médecin phocéen. Quand un homme se croit en possession de la vérité et qu'il est convaincu que des passions mauvaises se sont mises en travers de celle-ci pour l'empêcher de faire son chemin dans le monde, nous comprenons que cet homme ne soit pas toujours maître de sa parole, et que, dans sa lutte pour faire triompher ce qu'il croit le vrai, il se laisse

entraîner de temps en temps à quelques violences de langage qui sont comme un éloquent et énergique témoignage en faveur de la vérité captive. Mais qu'on fasse de ces violences une sorte de méthode didactique; que cette polémique excessive marque de sa colère fiévreuse chaque page d'un volume tout entier; que ce volume soit d'un bout à l'autre l'écho d'une orgueilleuse personnalité blessée; voilà ce que nous ne comprenons plus, voilà ce qui nous paraît un des moyens les plus infaillibles de nuire à la fortune de la vérité même, dont on veut hâter le triomphe. Si M. Bertulus a eu à se plaindre de la presse, dans plus d'une page de son livre il le lui rend bien : pour nous, sentinelle perdue de cette grande armée, à qui appartient, non sans quelques risques, le gouvernement du monde, nous ne nous sentons en aucune façon blessé de ces traits émoussés, *imbelle sine ictu*, lancés à l'aventure; et dans les remarques qui précèdent, nous serions désespéré que le médecin de Marseille vît l'expression d'une récrimination quelconque là où nous n'avons voulu mettre rien de plus que de l'indépendance et de la justice. Nous étant ainsi mis en règle vis-à-vis de notre irritable et belliqueux confrère des Bouches-du-Rhône, et après avoir bien précisé le caractère d'une objurgation tout à fait désintéressée, nous allons dire sommairement ce qu'il y a dans le livre qui nous a tout d'abord inspiré ces tristes réflexions, et en faveur de quelles doctrines l'auteur se jette ainsi au plus fort de la mêlée scientifique, en faisant entendre les cris d'un turco indompté.

Marseillais et s'étant, dans plus d'une rencontre, vaillamment mesuré avec plusieurs des grandes calamités épidémiques qui de loin en loin viennent effrayer le monde, M. Bertulus paraît avoir toujours été convaincu que, s'il est un moyen de mettre l'Europe à l'abri des épidémies exotiques, telles que la peste, la fièvre jaune et le choléra, c'est l'établissement de cordons sanitaires qui confinent la maladie dans le foyer même où elle prend naissance. Dans cet ordre d'idées, et prenant surtout souci de la salubrité de la ville qu'il habite, il s'élève avec énergie contre les hommes dont les doctrines ou les passions ont concouru à la destruction d'une institution séculaire de Marseille, l'intendance sanitaire. Toute la polémique acerbe dépensée dans l'ouvrage dont nous nous occupons en ce moment, a pour but de montrer que, dans cette œuvre prétendue progressive, on a mis en péril la santé publique, et qu'avec les modifications que commande l'état de la science et probablement aussi un peu l'étendue que prennent chaque jour les communications internationales, il faut restaurer cette institution : *hic labor, hoc opus.*

Dans une revue rétrospective que l'auteur eût pu étendre beaucoup plus, et qu'il a eu raison de renfermer dans un espace devenu assez limité pour qu'on pût voir clair dans un passé assez confus, M. Bertulus s'attaque surtout avec virulence à l'école de Chervin, dont MM. Clot-Bey et Aubert-Roche sont, à l'heure qu'il est, les plus purs représentants : dans sa pensée, la passion a eu infiniment plus de part que l'observation exacte dans la doctrine essentiellement anti-contagioniste de cette école. En ces questions, les choses comme les hommes vieillissent vite ; aussi nous contentons-nous de marquer seulement ici la place qu'occupent, dans le livre du médecin de Marseille, ces hommes dont le zèle au moins ne saurait être contesté, et nous nous hâtons d'arriver aux mêmes questions, telles qu'elles se présentent aujourd'hui, et sous la plume de M. Bertulus, et sous la plume non moins autorisée de M. Mélier, inspecteur général des établissements sanitaires. Mais avant d'indiquer les points culminants de ces doctrines contradictoires, laissons un instant la parole au médecin provençal. On trouve ainsi çà et là dans les livres de ces naïvetés de plume qui traduisent un auteur mieux qu'une analyse minutieuse de son esprit ne saurait le faire. « En m'entendant exprimer cet espoir (l'espoir de l'immortalité de son nom), dit M. Bertulus, espoir quelque peu ambitieux, mais qui se réalisera, je n'en doute pas, vu l'importance des matières traitées dans cet ouvrage, les épicuriens, les sensualistes, les matérialistes de toutes les écoles, les jouisseurs (qu'on me passe ce mot), si nombreux à cette époque dans notre belle France, lèveront les épaules de pitié : ils me trouveront bien simple, bien naïf, bien arriéré. Mais je leur dirai à mon tour : « N'oubliez pas que tous les goûts sont dans la nature. Je vous laisse volontiers à vos beefsteacks, à votre vieux vin, etc.; de votre côté, respectez mes idées et souffrez que je trouve une récompense suffisante de mes peines et de mes épreuves dans cette pensée consolante de ne pas mourir tout entier. » On peut dire mieux, mais on ne peut pas exprimer de plus louables sentiments. Pour nous, humble assistant à cette lutte de la pensée, nous pouvons assurer à notre immortel confrère que le beefsteack et le bon vin, etc., que nous ne dédaignons certes pas, n'exercent aucune influence sur notre jugement : l'indépendance est chez nous une *férocité* native.

Donc, l'ardent et laborieux médecin de Marseille estime que le foyer où s'élabore le germe primitif de la peste, de la fièvre jaune et du choléra, est, et restera probablement toujours inconnu; mais, dans sa pensée, ces maladies sont essentiellement

contagieuses, en ce sens qu'une fois un organisme touché par le délétère, celui-ci, sous l'influence de la vie, se multiplie indéfiniment, et se transmet, soit directement de l'homme à l'homme, soit indirectement par une foule d'agents de transmission possibles, jusqu'à ce que l'aptitude ou la réceptivité se perde dans le cercle d'activité du poison morbide. Ainsi conçues les conditions de développement des maladies dont il s'agit, il est évident qu'intendance de Marseille et autres lieux, lazarets, cordons sanitaires, sont des nécessités absolues, et dont le salut des populations fait un devoir impérieux à tous les gouvernements.

Dans l'état des choses, et après l'enseignement si net, si précis de l'événement de Saint-Nazaire, peut-on encore admettre cette conception des conditions du développement de la fièvre jaune, et par analogie de la peste et du choléra, avec les conséquences absolues qu'on en tire M. Bertulus ? Nous ne saurions le penser. Évidemment, en face de cette expérience si finement analysée par M. Mélier, il faut admettre l'importation de ces maladies qui ne naissent pas spontanément dans notre Europe, et comme le dit excellemment ce médecin éminent, le navire qui a séjourné dans un pays à fièvre jaune est devenu, en quelque façon, lui-même pays à fièvre jaune, avec ou sans malades, et il emporte avec lui une portion du climat; il est, dans une certaine mesure, un climat flottant. Si nous ajoutons, avec le même auteur, qu'en dehors d'un navire importateur, la fièvre jaune ne se transmet jamais indéfiniment, c'est-à-dire qu'un sujet neuf, après l'avoir reçue d'un matelot, ne peut pas la communiquer en troisième main, et que la période d'incubation humaine est beaucoup plus limitée qu'on ne l'avait cru tout d'abord, nous aurons en quelques mots marqué la différence qui existe entre la doctrine de l'école à laquelle appartient M. Bertulus et l'école que vient d'inaugurer parmi nous le rapport si lumineux de l'illustre inspecteur général des services sanitaires. Plaise à Dieu que nous ne soyons de si tôt à même de vérifier la vérité de cette dernière doctrine ! Dans tous les cas, au train dont va le monde, où les distances s'effacent et disparaissent, et où tous les peuples tendent à s'unir de plus en plus étroitement, par une complète solidarité d'intérêts et de pensées, qui constitue une sorte de démocratie internationale, à supposer qu'il en fût ainsi, *periissem, nisi perii*, cette expression énergique de la fatalité antique deviendra inévitablement la loi de l'avenir : intendance, lazarets, cordons sanitaires se briseraient comme verre devant cette force de fusion, qui réduira invinciblement à de pures expressions géographiques ce vain échafaudage de petites nationalités.

Bien qu'ainsi qu'il est facile de le voir, nous nous séparions à peu près complétement du laborieux médecin de Marseille en ce qui touche aux questions fondamentales qu'il agite dans son livre, nous ne finirons pas cependant sans saluer en lui un homme actif, généreux, dont sa ville natale devra se souvenir. Ce souvenir sera-t-il éternel ? Combien de ces souvenirs, hélas ! sont destinés à se perdre dans l'abîme du temps ! Mais il y a une immortalité qui est plus sûre et qui vaut mieux que celle-là ; cette immortalité, nous osons la promettre à notre ardent confrère, car elle est le prix infaillible du dévouement au bien et de l'intention généreuse qui, sous une forme un peu abrupte, éclatent à chaque page du livre que nous venons d'examiner.

DEBOUT.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Tic non douloureux, convulsion mimique de Romberg, traité avec succès par le chloroforme. Il s'agit ici d'une affection d'un diagnostic facile, mais d'une étiologie obscure, assez rare pour que beaucoup de nos confrères, même dans le cours d'une longue pratique, n'aient pas eu occasion de l'observer une seule fois, et qui se montre d'ordinaire très-rebelle aux moyens thérapeutiques. A ces divers titres, le cas suivant, que nous empruntons à M. le docteur Costes, de Bordeaux, paraîtra certainement intéressant à nos lecteurs, d'autant plus que le traitement, cette fois, a été couronné par le succès.

Mme G., femme d'un capitaine au long cours, âgée de trente-sept ans, d'une bonne santé habituelle, forte et bien constituée, éprouve en juin 1863, au moment d'entreprendre un voyage pour Buenos-Ayres, quelques mouvements insolites dans les muscles de la face, sans aucune cause appréciable. Il lui semble qu'elle grimace involontairement; toutefois, comme elle ne ressent aucune douleur, elle part sans avoir consulté. Mais à peine en mer, les mouvements convulsifs augmentent, et pendant tout le voyage elle ne peut se permettre de manger avec les passagers, tant ces grimaces sont incessantes et pénibles.

Traitée sans succès à Buenos-Ayres par des applications narcotiques et des purgatifs, la malade revient en France au bout de six mois et consulte notre confrère. A ce moment, elle présentait les symptômes suivants : toutes les trois ou quatre minutes un mouvement convulsif de l'orbiculaire des paupières, du frontal, du zygomatique, des ailes du nez, des lèvres, vient donner à la face la plus singulière expression. Le tremblement de l'orbiculaire et son resserrement extrême semblent devoir être douloureux, et pourtant ne le sont pas. La contraction du zygomatique amène un rire sardonique, mais très-fugace. Toute la scène convulsive ne dure pas plus de dix à douze secondes, et la malade semble faire effort pour remettre ses muscles au repos. Les mouvements généraux de la locomotion, ceux des lèvres pour parler, l'impression de la lumière, tout travail exigeant l'intervention de la vue, l'appréhension d'être observée, etc., excitent les convulsions ; la lumière artificielle ne les augmente pas ; le sommeil les suspend. D'ailleurs, nul trouble de la santé générale, menstruation régulière (un peu plus tard seulement les règles manquèrent deux fois, mais se rétablirent facilement).

Divers moyens mis en usage restèrent sans effet : granules de valérianate d'atropine, applications locales de laudanum, sulfate de quinine dans un moment où il semblait y avoir une sorte de périodicité, anthelmintiques et huile de ricin à la suite de l'expulsion d'un lombric. Ce fut alors que notre

confrère résolut de tenter l'emploi du chloroforme, en inhalation pour agir sur l'ensemble du système nerveux, et topiquement, le mal paraissant être en quelque sorte local. Il prescrivit donc d'appliquer, deux ou trois fois par jour, sur les tempes, le plus près de l'œil, quelques gouttes de chloroforme sur une petite pelote de coton et sous un verre de montre, et deux ou trois fois également, il fit inhaler quinze à vingt gouttes de chloroforme. Il n'y eut d'abord aucun résultat; mais bientôt, quelques heures dans la soirée furent affranchies de spasmes; au bout de huit jours, le mieux se prononça davantage; avant l'expiration de la quinzaine, la malade put sortir, et l'usage du chloroforme, continué quelques jours encore, compléta la cure qui ne s'est pas démentie depuis. — Ce n'est guère que localement qu'a agi le chloroforme, car jamais les inhalations n'ont amené l'anesthésie; l'application sur la peau n'a pas été continuée après le deuxième jour; ce n'est qu'en vaporisation sur la face qu'il a été employé, et c'est à son action directe que M. Coste croit pouvoir attribuer le succès dans ce cas. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, avril 1864.)

Traitement des céphalées nerveuses par l'azotate d'argent. Se fondant sur une expérience qui remonte à plusieurs années, M. Socquet tient l'azotate d'argent pour un médicament *presque infaillible* et rapidement efficace dans les cas dont il s'agit. Si un rapprochement pouvait donner une idée de notre confiance, ajoute-t-il, nous dirions ici qu'il est presque ce que le sulfate de quinine est dans les fièvres intermittentes.

La formule qu'il a adoptée est la suivante :

Pr. Azotate d'argent. .	5 centigr.
Sel ammoniac. . .	6	—
Extrait de gentiane	q.-s.	

Pour une pilule.

L'on fait prendre deux ou trois pilules semblables dans les vingt-quatre heures : la première, le soir en se couchant; la deuxième, le matin à jeun; et la troisième, dans le milieu du jour.

Trois à quatre jours de l'emploi de ces pilules ont, la plupart du temps, suffi pour vaincre des céphalées qui existaient même depuis plusieurs années. Je fus appelé, une nuit, dit l'auteur, auprès d'une jeune femme âgée de trente ans qui, depuis la veille, souffrait d'une céphalalgie qui lui faisait pousser les hauts cris. Je la trouvai se roulant incessamment sur son lit, se comprimant le front avec les mains et demandant avec instance d'être soulagée. Cette douleur s'était montrée pour la première fois dix ans auparavant; la malade l'attribuait à un refroidissement à la suite d'une course rapide. Depuis cette époque, la douleur était revenue d'abord tous les mois, à l'époque de la menstruation, et disparaissait avec elle; puis les accès s'étaient rapprochés, et depuis deux ans elle en éprouvait les atteintes tous les quinze jours : la durée des accès était de trois à quatre jours, et l'intensité de la douleur s'était depuis quelques mois notablement aggravée. Au moment où je l'examinai, l'accès était devenu intolérable, les yeux étaient sensibles à la lumière, la conjonctive légèrement injectée; la douleur occupait surtout le côté droit; il y avait eu trois à quatre vomissements depuis vingt-quatre heures. Cette céphalée avait résisté à tous les moyens employés par divers médecins (valériane, oxyde de zinc, solanées, opium, grands bains); — la valériane avait seule paru la soulager momentanément.

Je lui prescrivis les pilules d'azotate d'argent, d'après la formule indiquée; elle en usa pendant cinq jours : la céphalée était alors complétement dissipée, le mois suivant elle ne reparut pas. Voici maintenant trois ans que la guérison a été obtenue et ne s'est point démentie, bien que l'on n'ait fait aucune médication.

J'ai eu assez fréquemment l'occasion de guérir aussi promptement des céphalées, moins violentes que celles-ci, il est vrai, mais qui, par l'espèce d'agacement nerveux général qu'elles infligeaient aux malades, leur rendait l'existence pénible.

Il n'est pas rare de voir la céphalalgie, compagne ordinaire de la fièvre de lait, se prolonger pendant onze et même vingt jours : il est à craindre alors qu'elle ne soit le point de départ de céphalées ultérieures plus ou moins opiniâtres; il est donc urgent de la supprimer. Eh bien, nous avons toujours réussi dans de telles circonstances, ou à les faire disparaître du jour au lendemain avec *deux pilules* d'azotate d'argent, ou à les modifier à tel point, que deux nouvelles pilules les emportaient sans retour. Jamais nous n'avons remarqué que le sel d'argent exerçât la moindre in-

fluence fâcheuse sur la marche ultérieure des couches. (*Journ. de méd. de Lyon*, avril 1864.)

Sur les aspirations d'hydrogène dans la coqueluche. Le traitement de la coqueluche par l'aspiration des produits de la purification du gaz d'éclairage a donné à Lyon, dit M. Diday, des résultats aussi satisfaisants, aussi immédiats que dans les autres villes où il a déjà été essayé. Notre collègue, M. Rater qui, le premier parmi nous, en a constaté les effets, a multiplié et combiné ses observations de manière à préparer une histoire raisonnée de cette nouvelle et si précieuse méthode thérapeutique. Plusieurs enfants affectés de coqueluche, promenés de midi et demi à trois heures vers les cuves des dépurateurs, ont été très-rapidement soulagés; plusieurs même n'ont plus eu, depuis lors, de quintes de toux. Une petite fille qui était prise d'accès violents et fréquents, avec mouvements convulsifs, cyanose de la face, hémoptysie, a éprouvé immédiatement de l'amélioration, et, au bout de huit jours de traitement, se trouvait guérie. Le nombre des enfants conduits à l'usine journellement augmente beaucoup depuis la connaissance de ces faits.

A quelle cause est due cette amélioration évidente des accidents de la coqueluche? Les épurateurs dégagent de l'hydrogène carboné, de l'oxyde de carbone, de l'hydrogène sulfuré et de l'ammoniaque. Quelques-uns de ces gaz sont sédatifs, d'autres sont excitants. Des expériences comparatives, faites successivement avec l'un et l'autre de ces gaz, auront bientôt permis de reconnaître lequel d'entre eux recèle le pouvoir médicateur qui vient de se révéler par de si heureux résultats.

Mais, en attendant qu'une expérimentation méthodique dévoile le mécanisme de la cure, et permette d'étendre l'action de cet agent à toutes les affections auxquelles il peut procurer soulagement ou guérison, M. Rater avertit avec raison ses confrères, ainsi que les parents, de ne pas envoyer à l'usine les petits malades durant la première période de la coqueluche. A cette époque, en effet, la complication si habituelle de bronchite pourrait faire craindre la production de phlegmasies dangereuses par l'emploi du même moyen qui, ce moment passé, n'aura plus que des avantages.

A Paris, les essais de la nouvelle médication n'ont pas présenté les mêmes résultats ; nous y reviendrons prochainement. (*Gaz. méd. de Lyon*, avril.)

De l'hyposulfite de soude et de la strychnine contre l'infection purulente. M. Mirone cite deux cas de guérison dus à l'emploi de ces moyens. Mais il faut reconnaître que les symptômes énumérés par notre confrère se rapportent bien plutôt, par leur nature et la lenteur de leur marche, à l'infection putride qu'à l'infection purulente. Sous cette réserve, toutefois, nous avouons que le pouvoir des deux agents précités s'est manifesté d'une manière très-avantageuse. Chez le second malade de M. Mirone surtout, les accidents causés par un abcès intermusculaire de la région dorsale, accidents consistant en accès de fièvre violents, précédés de frissons, fétidité du pus, anhélation, délire, accidents qui avaient déjà reparu quatre fois sous forme de recrudescences d'intensité progressive et mettant la vie en danger sérieux, ces accidents, disons-nous, n'ont commencé à diminuer qu'à partir du jour où l'on a administré l'hyposulfite de soude et la strychnine.

L'hyposulfite a été donné par M. Mirone à la dose quotidienne de 2 grammes, un le matin et un le soir.

Quant à la strychnine, qui n'a été appelée qu'à consolider le succès déjà obtenu, on l'a donnée à la dose de un vingtième de grain, tous les matins. (*L'Imparziale*, et *Gaz. méd. de Lyon*, avril 1864.)

Œsophagisme. Un homme bien portant fut interrompu par une brusque interpellation, pendant qu'il nettoyait ses dents avec une tige mince de bois. Son attention fut un instant détournée, et, au moment où il se disposait à répondre, il eut la sensation parfaite d'un corps étranger sur la partie latérale gauche du pharynx.

Un médecin consulté aussitôt reconnut la présence de ce corps étranger au point qu'indiquait le malade, et fit de vaines tentatives d'extraction. Depuis lors (il y a quinze jours), la douleur a toujours été extrêmement légère; depuis trois jours, cependant, elle semble vouloir augmenter.

De prime abord, et en écoutan

cette histoire, M. Nélaton a conçu des doutes. Il arrive fort souvent, en effet, que des sujets nerveux, impressionnables, accusent de ces douleurs fixes, occupant un point très-limité du pharynx, et survenues à la suite de la déglutition d'une cuillerée de potage, par exemple, sans que cependant il y ait aucune trace de corps étranger.

Ainsi, il y a six mois, une dame, en rentrant de la promenade, pria sa bonne de lui verser à boire. On édulcorait avec du sirop l'eau que contenait son verre, lorsque cette dame, trouvant au sirop un aspect particulier, demanda à le goûter et en plaça *une seule goutte* sur le bout de sa langue : le prétendu sirop n'était qu'une solution concentrée de potasse. Immédiatement, et bien que la gouttelette de liquide n'eût pas été déglutie, la malade ressentit une assez vive douleur sur la partie latérale droite du pharynx, accompagnée d'une impossibilité absolue de rien avaler. Depuis, lors, la sensation de douleur a diminué, mais la déglutition est restée tellement difficile, que, pour ingurgiter une simple tasse de bouillon, la malade met une heure, et que le passage du plus petit corps solide est absolument impossible.

On a cru, jusqu'ici, cette malade atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage, et on l'a traitée en conséquence. Mais M. Nélaton, appelé en consultation, a pu faire passer dans cet œsophage les plus grosses bougies avec une très-grande facilité; il n'existe, par conséquent, pas de rétrécissement, et c'est à l'œsophagisme qu'on doit attribuer les accidents qu'on observe.

Ces accidents nerveux durent, en général, moins longtemps que chez la dame dont il est question plus haut, et cèdent ordinairement, au bout de trois mois, à un traitement général. (*Union méd.*, mars 1864.)

Pustule maligne ; traitement par l'extirpation et la cautérisation. MM. les docteurs Mauvezin viennent de publier un mémoire sur les divers traitements de la pustule maligne, et l'exposé d'une nouvelle méthode de traitement de cette affection. Quatorze observations ont été rapportées et témoignent de l'efficacité de l'extirpation suivie de la cautérisation avec le fer rouge. Le succès a été complet, même dans un cas où la pustule maligne datait de six jours. Dans une observation de pustule sur le pli du coude, au-devant de l'artère humérale, cette méthode a été mise en usage sans danger, et avec le même succès.

Telle qu'elle est présentée, l'extirpation suivie de cautérisation au fer rouge mérite attention. C'est dans le premier et le deuxième degré de la maladie qu'elle convient, alors qu'il y a seulement l'auréole inflammatoire et les vésicules. On peut enlever tout le mal sans laisser une plaie considérable suivie fatalement, à la face au moins, d'une cicatrice plus ou moins vicieuse.

Ce traitement, qui reparaît sous une forme nouvelle, n'est pas inconnu. La pustule maligne, au moment où l'on commençait à la décrire à part, et qui avait été vue par Duhamel en 1757, et décrite à Paris par Morand, en 1766, était traitée dans les provinces par l'extirpation. Maret (de Dijon) et Fournier ont extirpé des pustules malignes et les ont cautérisées avec le fer rouge. Il y a même lieu de croire que cette tentative, à laquelle s'était déjà opposé Thomassin, était assez vulgarisée, puisque Enaux et Chaussier ont consacré plusieurs pages à démontrer les inconvénients d'une semblable façon d'agir, à laquelle ils avaient préféré une méthode mixte, les scarifications et les cautérisations.

On a bien raison de dire que les formules thérapeutiques absolues, posées à un moment donné, ont quelque chose de fâcheux pour la science. Le traitement de la pustule maligne en fournit une nouvelle preuve. Maret, qui avait réussi, à l'aide de l'extirpation, à guérir des pustules malignes, a échoué dans d'autres cas, et on a condamné cette opération ; un exemple d'insuccès cité par Thomassin n'était pourtant pas une raison pour faire rejeter l'extirpation : la pustule maligne était arrivée à la période gangréneuse et s'était considérablement étendue. Les faits de MM. Mauzevin le démontrent : le cas où Thomassin avait vu le mal récidiver, malgré les efforts du chirurgien, ne réclamait plus l'extirpation; il était trop tard, comme il serait trop tard d'appliquer des sangsues sur un phlegmon suppuré. La cautérisation étant généralement efficace à toutes les périodes de la pustule maligne, on avait fait de ce traitement la règle, et l'on n'avait pas saisi que dans les diverses phases de son évolution la pustule maligne se prête à des traitements divers.

Aujourd'hui, il résulte des travaux modernes qu'au début, l'extirpation,

ou un moyen plus douloureux, la cautérisation profonde avec le fer rouge, sont des agents puissants ; et si la plaie laissée par l'extirpartion de la pustule à son début ne donne pas lieu à une cicatrice plus défectueuse que la cautérisation au fer rouge, il est certain que la première opération est préférable. Il résulte aussi que, lorsque le mal s'est étendu, les scarifications et la cautérisation avec les caustiques liquides, tels que le beurre d'antimoine et le sublimé corrosif, ou avec la potasse, sont les meilleurs moyens. (*Arch. de méd.*, mars.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Sur une fonction puissante et méconnue du pancréas de l'homme. On se rappelle qu'en 1858, M. le docteur L. Corvisart annonça que le suc pancréatique jouissait du pouvoir, déjà entrevu vingt-cinq ans auparavant par Purkinje et Pappenheim, de digérer les matières albuminoïdes. Les résultats des expériences sur lesquelles notre confrère avait fait reposer la preuve du fait important par lui signalé, furent combattus d'abord, puis confirmés par plusieurs physiologistes, la plupart étrangers.

Les recherches de M. Corvisart et les travaux dont elles avaient été le point de départ, avaient donc fait apparaître une fonction jusque-là scientifiquement méconnue, mais qu'il n'était pas difficile de constater par l'investigation expérimentale. Seulement, cette investigation n'avait encore porté que sur les animaux. Restait à vérifier l'existence des mêmes faits chez l'homme. Mais cette vérification n'était pas sans difficulté, les expériences provoquées chez les animaux ayant fait reconnaître d'une manière certaine et précise que la santé était nécessaire pour que l'agent du pancréas qui digère les aliments azotés se produisît, et qu'il fallait, pour que la glande en fût chargée au maximum, que la digestion gastrique se trouvât régulièrement arrivée de la quatrième à la septième heure de son accomplissement, lorsque les aliments ingérés étaient solides, et plus tôt s'ils étaient liquides.

Or un accident malheureux est venu fournir à M. Corvisart la possibilité de répéter, dans de telles données, ses expériences sur un sujet humain. Un homme fort et vigoureux, entré dans un hôpital pour une luxation du fémur, succombe subitement pendant qu'il est soumis à l'inhalation chloroformique. Sa santé générale n'était pas altérée, puisque la veille il avait mangé le maximum de la ration hospitalière et que, trois heures avant de succomber, il avait encore bu 200 grammes de lait. Les conditions d'observation offertes par le hasard étaient donc favorables, et de plus une température exceptionnellement froide avait conservé le corps absolument frais. On pouvait donc tenter l'expérience, et elle fut faite de la manière suivante :

Le pancréas fut aussitôt finement découpé, rapidement mis, pendant une demi-heure, dans 400 grammes d'eau pure et froide, de temps à autre doucement agitée pour aider à l'enlèvement de son ferment à la glande ; la liqueur, qui avait l'odeur fraîche d'une infusion de viande récemment abattue, fut filtrée rapidement aussi et recueillie.

Cette liqueur fut alors mêlée avec divers aliments, puis portée et maintenue avec eux dans une étuve d'une température constante de 40 degrés centigr. au-dessus de 0. Une partie mesurée fut additionnée d'une trace d'acide chlorhydrique, de manière à lui communiquer une réaction acide franche au tournesol, et elle resta acide jusqu'à la fin ; une autre partie égale fut alcalinisée dans la même proportion et se conserva alcaline ; une troisième fut maintenue dès le début et resta neutre jusqu'à la fin. Essayées en double, et sur la fibrine et sur l'albumine, ces trois liqueurs égales donnèrent le même résultat digestif complet, malgré la variation de la réaction *acide*, *neutre* ou *alcaline*, ainsi que cela s'était passé dans les expériences précédemment faites sur les animaux. Une autre portion étant essayée sur l'albumine cuite et concrète, celle-ci fut rapidement dissoute. Une autre portion mise en contact avec de la fibrine crue, en détermina la dissolution avec encore plus de rapidité ; enfin, une troisième portion ayant été mise avec un fragment cru du même pancréas qui avait fourni l'infusion, ce fragment commença à disparaître à la deuxième heure par une autodigestion.

« L'action propre et personnelle du pancréas, dit en terminant M. Corvi-

sart, son action indépendante de la bile, du suc gastrique, du suc intestinal, puissante, rapide, privilégiée sous le rapport de l'indifférence de la réaction, complémentaire de celle de l'estomac, existe donc chez l'homme comme chez les animaux. — Les diverses lois que nous avons indiquées méritent donc de fixer l'attention et la critique, et cette grande fonction devra compter désormais parmi les préoccupations des praticiens auprès des malades; car on ne saurait le méconnaître, qu'on nous excuse de dire toute notre pensée : sans la connaissance préalable et rigoureuse des fonctions, dans tous leurs détails, dans toutes leurs lois, dans leur hiérarchie, la médecine, même avec l'expérience clinique la plus consommée, reste encore une aventure. » (*Acad. de méd.*, mai 1864.)

Traitement des tumeurs blanches au moyen de l'appareil de Scott modifié. L'appareil de Scott est trop peu connu en France, malgré les louables tentatives de M. Broussonnet et de M. le docteur Boileau de Castelnau. Convaincu par des faits de sa grande importance thérapeutique, j'ai voulu, dit M. Pécholier, le modifier et le rationaliser, et j'en ai obtenu alors de si beaux résultats contre les tumeurs blanches, que je ne crains pas de le recommander vivement à mes confrères. Voici les circonstances dans lesquelles je l'ai employé pour la première fois, et les modifications que je lui ai fait subir.

Une femme de quarante ans avait au genou gauche une tumeur blanche datant de deux ans. Le genou malade avait 8 centimètres de circonférence de plus que l'autre; une fistule s'était ouverte au-dessous de la rotule et laissait écouler une sanie purulente; les douleurs étaient vives; la malade ne pouvait ni se lever ni dormir; l'appétit était nul; une fièvre hectique grave s'était déclarée. Un chirurgien distingué proposa l'amputation, et se retira sur le refus de la malade de laisser pratiquer cette opération. C'est alors que, consulté moi-même, je combinai l'appareil que je vais décrire :

1° Application autour du genou malade (le membre étant dans l'extension) de compresses longuettes enduites de l'emplâtre suivant : onguent napolitain, 40 grammes; savon médicinal, 20 grammes; extrait de belladone, 10 grammes.

2° Au-dessus des compresses, bandelettes de sparadrap disposées circulairement, enveloppant toute l'articulation.

3° Bandage dextriné épais et solide autour du genou.

4° Bandage roulé du membre inférieur.

L'appareil fut renouvelé tous les huit jours, puis tous les douze jours, et enfin tous les quinze jours pendant huit mois. Un traitement général approprié fut prescrit. J'observai un dégonflement rapide de la tumeur, la cessation des douleurs, le retour de l'appétit, du sommeil et de l'embonpoint; la fistule se ferma. La malade put se lever et marcher. Au bout de huit mois, le genou était moins volumineux que celui du côté opposé; la guérison était achevée, mais il reste une ankylose incomplète.

Frappé de ce succès, j'ai employé dans d'autres cas le même appareil, et j'ai guéri ainsi plusieurs tumeurs blanches très-graves, dont deux siégeaient au genou et une au coude. D'autres tumeurs blanches et spécialement une coxalgie ont été améliorées.

L'appareil que je viens de décrire me paraît avoir trois avantages fort sérieux :

1° Action résolutive et calmante du topique, qui est placé dans les meilleures conditions possibles pour être absorbé;

2° Action de la compression;

3° Immobilité de l'articulation;

L'inconvénient, c'est l'ankylose qui se produit toujours à un certain degré quand l'appareil est porté pendant longtemps. Mais il est une période des tumeurs blanches où l'ankylose est le moindre mal qu'on puisse redouter. D'ailleurs, quand l'amélioration est en bonne voie, on lutte avantageusement contre l'ankylose en imprimant à l'articulation des mouvements ménagés chaque fois qu'on renouvelle l'appareil.

Je termine en disant que l'appareil que je préconise m'a encore réussi contre des hydarthroses rebelles. C'est enfin en beaucoup de cas le meilleur moyen résolutif que je connaisse. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, avril.)

Sur l'action toxique de l'essence d'absinthe. Plusieurs auteurs, et entre autres, pour ne parler que des plus modernes, MM. Trousseau et Pidoux, M. Cazin, ont avancé

qu'il existe dans l'absinthe officinale un principe toxique. C'est un jugement qui jusqu'ici n'a pas été pleinement admis par tout le monde, mais sur la valeur duquel l'incertitude ne saurait durer, puisque cette valeur repose sur un fait d'expérience. M. Marcé, médecin de l'hospice de Bicêtre, vient de communiquer à l'Académie des sciences une note qui ne laisse aucun doute à cet égard.

D'observations faites sur des chiens et des lapins auxquels on faisait avaler de l'essence d'absinthe pure, il résulte que cette plante est essentiellement douée d'une action toxique. Cette essence, à la dose de 2 à 3 grammes, détermine chez ces animaux du tremblement, de la stupeur, de l'hébétude, de l'insensibilité et toutes les apparences d'une terreur profonde ; à la dose plus élevée de 3 à 8 grammes, elle amène des convulsions cloniques épileptiformes avec évacuations involontaires, écume aux lèvres et respiration stertoreuse. Ces accidents sont passagers et n'entraînent pas la mort.

Ces résultats prouveraient, suivant M. Marcé, que la liqueur d'absinthe exerce une double action toxique chez les personnes qui en abusent, savoir celle causée par l'alcool et celle qui est due à l'essence d'absinthe, laquelle se traduirait par des nuances symptomatiques très-accusées, stupeur, hébétude, hallucinations terrifiantes et affaiblissement intellectuel arrivant avec une extrême rapidité.

A cela on pourra objecter, suivant une opinion assez générale, que l'absinthe ne figure même pas parmi les plantes aromatiques qui entrent dans la composition de la liqueur en question ; mais c'est un point qui demande une nouvelle enquête, car, d'après les recherches de M. Marcé, cette liqueur contiendrait 20 grammes d'essence d'absinthe pour 100 litres d'alcool. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, avril.)

Symptômes de phthisie aiguë se développant à la suite de la pénétration d'un corps étranger dans les bronches. Peu de faits témoignent d'une manière aussi tranchée l'influence fâcheuse de la pénétration d'un corps étranger que l'observation suivante que M. Guéneau de Mussy vient de communiquer à la Société médicale des hôpitaux.

« Il y a trois mois, dit ce médecin, on me présentait un garçon de douze ans, pâle, maigre, d'aspect cachectique, ayant une toux fréquente, par quintes longues et pénibles, et expectorant des crachats puriformes sanguinolents. Déjà plusieurs hémoptysies légères ont eu lieu. Il y a douleur dans le côté gauche de la poitrine, et par moments de l'oppression. Quoique je n'aie pas noté par écrit les phénomènes d'auscultation, voici ceux que je me rappelle : le murmure respiratoire était notablement diminué, et il s'y mêlait quelques bulles comme de craquements humides. Je crus devoir diagnostiquer des tubercules pulmonaires. Je portai, dès lors, un pronostic fâcheux, et je conseillai d'envoyer l'enfant vivre dans le Midi. Or, il y a dix jours, l'enfant, dans une quinte de toux, a senti quelque chose qui le piquait à la gorge, et il a rejeté un fragment de noyau de pruneau que je montre à la Société (c'est un fragment de noyau anguleux, cassé par un bout). L'enfant s'est alors souvenu qu'au début de sa maladie, il avait avalé, en jouant, un noyau de pruneau ; c'est depuis lors qu'avaient débuté les symptômes de toux avec hémoptysie et étouffements, surtout après l'exercice ou une émotion. Comme il n'y avait pas eu suffocation au moment de l'accident, on avait méconnu la relation de la cause à l'effet. Et voilà comment, consulté au bout de trois mois de l'accident, j'ai pu me laisser induire à l'idée d'une phthisie. Aujourd'hui, l'enfant est tout à fait rétabli, et il n'y a plus le moindre phénomène morbide à l'auscultation. Le tout a duré six mois environ. »

M. Delasiauve se rappelle, à propos de cette très-curieuse communication, avoir vu plusieurs cas semblables chez des épileptiques. Une fois c'était un tuyau de pipe cassé dans la bouche du malade au moment de son accès, et introduit sans qu'on le sache dans la trachée. Le malade eut des accès de dyspnée, des hémoptysies, et ce n'est qu'au bout de dix jours qu'il rejeta son corps étranger des voies aériennes, ce qui mit fin aussitôt aux accidents. Une autre fois c'était un noyau d'abricot percé de part en part qui séjourna pendant trois mois et fut rendu à l'improviste. Dans un troisième cas, M. Delasiauve observa des symptômes analogues au fait de M. Guéneau de Mussy : hémoptysies, crachats purulents, amaigrissement, etc. On crut à une phthisie. Le corps rendu dans une quinte, tous les symptômes disparurent.

Désarticulation coxo-fémorale; guérison. M. Gamgee, de Birmingham, a exécuté la désarticulation coxo-fémorale, il y a dix-huit mois, pour une tumeur énorme à la cuisse. Cette tumeur mesurait 50 centimètres de circonférence et pesait plus de 49 kilogrammes. Les mouvements que les besoins de l'opération obligeaient d'imprimer au membre lui étaient communiqués par un système de poulies et de cordes. Un tourniquet comprima l'aorte pendant toute la durée de l'opération, et cela avec un succès si complet, que cette opération laborieuse s'acheva sans hémorrhagie. Un accident hémorrhagique s'étant manifesté vers le quatrième jour après l'opération, fut arrêté facilement par une vessie remplie de glace faisant à la fois l'office de compresseur et de réfrigérant. Le malade est aujourd'hui parfaitement rétabli.

M. Verneuil est très-heureux d'apprendre, par les résultats de l'opération pratiquée par M. Gamgee, que la compression de l'aorte au moyen du tourniquet, empêche efficacement l'hémorrhagie dans la désarticulation de la cuisse. Ayant eu, pour sa part à pratiquer la même opération pour un cas d'ostéosarcome de la cuisse, il y eut, en dépit des aides intelligents, habiles et dévoués dont il était entouré, et quoiqu'il eût pris le soin de lier l'artère fémorale immédiatement après avoir taillé le lambeau antérieur, une perte de sang si considérable par les branches des artères ischiatique et fessière, que son malade n'a jamais pu se relever de l'anémie profonde dans laquelle il tomba par suite de cette déperdition sanguine. En pareil cas, M. Verneuil n'hésitera pas à recourir à la compression de l'aorte par le tourniquet.

M. Richet pense que la ligature préalable de la fémorale, qu'on a reproché à M. Gamgee de n'avoir point pratiquée, n'aurait nullement empêché l'hémorrhagie de se produire; car, ainsi que l'a fort bien observé M. Verneuil, on tarit facilement la source des hémorrhagies qui pourraient naître de la fémorale en liant ce vaisseau immédiatement après avoir taillé le lambeau antérieur; mais les hémorrhagies dans la désarticulation de la cuisse ne proviennent pas de cette source: elles viennent des artères ischiatique, fessière, obturatrice, branches de l'hypogastrique, que l'on coupe en taillant le lambeau postérieur, et ne peuvent nullement, en conséquence, être influencées par la ligature préalable de la fémorale. Ici, comme dans la désarticulation de l'épaule, la ligature préalable ne fait qu'ajouter aux dangers de l'opération. Une compression bien faite suffit, le plus souvent, pour empêcher l'hémorrhagie. (*Compte rendu de la Société de chir.*, avril 1864.)

VARIÉTÉS.

Note sur l'hémimélie thoracique. — Preuves anatomiques et physiologiques de l'arrêt de développement de l'avant-bras. — Déduction pratique.

Lue à la Société de chirurgie par M. Debout.

Dans le mémoire sur les arrêts de développement des membres que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société, j'ai été amené à discuter la part qui revient aux actions physiques accidentelles sur les malformations de ces organes. Quelques auteurs, M. Cruveilhier entre autres, ont accordé à ces causes une beaucoup trop grande extension; aux preuves que nous en avons fournies déjà, nous venons ajouter quelques faits nouveaux ayant trait à l'hémimélie thoracique.

Ma communication sera d'autant mieux reçue, qu'elle ne laissera subsister désormais aucun doute sur la nature de cette anomalie. Par une heureuse circonstance, je puis placer sous vos yeux et le bras disséqué d'un nouveau-né mort à l'hospice des Enfants assistés dans le service de notre collègue M. Dolbeau, et un individu adulte vivant, tous les deux affectés de la forme la plus contestée de l'hémimélie thoracique.

Lorsque le tronçon du bras hémimèle est terminé par une main incomplète

ou même par un seul doigt, la constitution de ces parties ne laisse aucun doute sur la cause de l'anomalie, et il ne vient à la pensée d'aucun anatomo-pathologiste de contester que ces malformations soient le résultat d'un arrêt de développement des segments inférieurs du membre.

Il n'en est plus de même lorsque les vestiges de l'extrémité du membre avorté se trouvent réduits au volume de tubercules cutanés, alors même que leur nombre, leur disposition, et même certaine particularité anatomique, l'existence d'un ongle à leur extrémité, rappellent la constitution anatomique des doigts. Ces malformations du bras sont classées par bon nombre de médecins parmi les exemples de l'amputation intra-utérine, et la présence des tubercules placés au sommet des moignons de l'avant-bras s'expliquerait, à leurs yeux, par la reproduction rudimentaire des parties mutilées.

Cette théorie a été produite par M. le professeur Simpson dans une note insérée dans la livraison de juillet 1841 du *Monthly Journal*. La date éloignée de cette publication pourrait laisser supposer que le savant chirurgien d'Edimbourg a pu depuis changer d'opinion ; mais cette note se trouve reproduite intégralement dans le recueil de ses œuvres paru en 1856 ; et, dans un entretien que j'ai eu l'an dernier (avril 1863) avec notre éminent collègue, j'ai pu me convaincre qu'il n'avait pas varié à cet égard. C'est parce que cette opinion de M. Simpson a été longuement mûrie, et qu'elle est partagée par un grand nombre de ses élèves, devenus aujourd'hui des maîtres, que je n'hésite pas à la combattre.

Dans les sciences d'observation la parole est aux *faits*, mais seulement aux faits recueillis d'une manière complète. Malheureusement, dans l'étude des anomalies on se contente trop souvent de l'examen de la forme extérieure du vice de conformation, de sorte que les déductions que l'on croit pouvoir en inférer sont rarement exactes. Le raisonnement, quelque ingénieux qu'il soit, du moment où il ne repose pas sur toutes les données du problème, ne conduit qu'à des conclusions erronées, et le fait nouveau, au lieu de concourir au mouvement de la science, ne peut que le retarder ; il devient un obstacle au progrès, car avant de marcher en avant, il est nécessaire de déblayer le terrain des matériaux incomplets qui l'encombrent.

L'étude des anomalies par arrêt de développement des membres nous en fournit la preuve pour la forme de l'hémimélie thoracique que M. Simpson range dans la classe des amputations spontanées. Cherchons tout d'abord la cause de cette erreur.

Il existe une loi générale en vertu de laquelle les espèces animales inférieures jouissent de la faculté non-seulement de réparer, mais même de reproduire celles de leurs parties qui viennent à être détruites par une action traumatique. A mesure que l'on s'élève dans l'échelle des êtres, on voit ce pouvoir de reproduction décroître progressivement et finir par se limiter, dans l'espèce humaine, à la régénération des tissus les moins organisés.

D'un autre côté, on a admis que l'embryon passait par tous les degrés de la série animale, ce qui a conduit à penser qu'il devait, lorsqu'il vient à subir une mutilation dans les premiers temps de son développement intra-utérin, pouvoir bénéficier de cette puissance de reproduction qui est l'apanage des espèces inférieures. « Lorsque chez le sujet humain, dit M. Simpson, l'enlèvement d'une partie composée, comme l'extrémité d'un membre, est effectué dans les premiers temps de la vie fœtale, et par conséquent à cette époque où les pouvoirs physiologiques du jeune être humain sont plus assimilables aux pouvoirs répa-

rateurs et autres dont jouissent les animaux placés au bas de l'échelle animale, les parties détruites sont capables d'une restauration partielle et rudimentaire. »

Avant de discuter la valeur des preuves que le savant chirurgien d'Edimbourg fournit à l'appui de son hypothèse, nous devons citer le passage de son mémoire dans lequel notre auteur donne la description de cette forme de la malformation des membres supérieurs.

« Dans la plupart des cas dans lesquels j'ai observé cette apparence de régénération rudimentaire des extrémités, l'amputation spontanée avait porté au-dessus de la partie moyenne de l'avant-bras, et la ressemblance de tous ces cas entre eux est des plus remarquables. Habituellement, l'extrémité arrondie du tronçon du membre était semblable à celle d'un moignon résultant d'une amputation bien garni de parties molles. Deux points du tégument, ou mieux du tissu cellulaire sous-cutané, étaient adhérents avec les fragments osseux du radius et du cubitus et présentaient la forme ombiliquée, particulièrement lorsque l'avant-bras était fléchi, ou exécutait un mouvement, et les plis de la peau rayonnaient en lignes divergentes de ces deux points comme centres. Au milieu, et un peu en avant de ces points, le rudiment de la partie régénérée se présentait sous la forme d'un pli cutané, ou d'une saillie, offrant à sa surface un, deux, ou un plus grand nombre de petites projections cutanées, garnies d'ongles en miniature. Pour donner une idée plus nette de ces particularités, nous produisons la figure du bras d'une jeune fille de dix-huit ans (fig. 1) dont l'extrémité présente quatre vestiges de doigts. Dans ce cas, comme dans la plupart des autres, le bras gauche est le siége de la mutilation ; mais j'ai vu le membre supérieur droit atteint de la même façon. »

M. Simpson donne ensuite une seconde figure, celle du bras d'un fœtus de sept mois, conservé dans le musée obstétrique d'Edimbourg et qui est affecté de la même malformation. Seulement, par une circonstance dont nous ne nous rendons pas bien compte, l'extrémité des fragments du radius et du cubitus avait perforé le tégument, de sorte que la mutilation de cet avant-bras paraît, en effet, au premier abord, être le résultat d'une amputation spontanée. Si le savant chirurgien ne s'en était pas fié à l'apparence et avait disséqué la pièce, il se fut facilement rendu compte de la nature de la malformation en constatant que tous les muscles de l'avant-bras existaient et que l'un d'eux venait se rendre à ces vestiges de doigts et aurait pu leur imprimer des mouvements. Du reste, la dissection n'est pas indispensable, car ce muscle, tout incomplet qu'il est, possède uno puissance de contraction assez considérable pour que son existence soit constatée sur les sujets vivants. La disposition anatomique de ce muscle (l'un des fléchisseurs des doigts) et ses mouvements physiologiques sont une preuve irrécusable que les parties qui manquent n'ont pas été enlevées par une action traumatique, mais qu'elles so sont développées d'une manière très-incomplète.

M. Simpson a pris le soin de mettre en relief la similitude de tous ces cas d'hémimélie thoracique. Ce fait seul devait lui laisser supposer que ces anomalies ne pouvaient être le résultat d'une action aveugle et accidentelle, comme la constriction par des brides placentaires. De plus, notre auteur a fait remarquer qu'il avait observé cette sorte de régénération rudimentaire seulement sur les membres supérieurs ; or, par quel motif ces organes jouiraient-ils seuls des bénéfices d'une loi générale ?

Une observation complète des conditions anatomiques de l'anomalie, de même que les données fournies par le raisonnement, démontrent que cette forme de l'hémimélie thoracique (pour borner notre argumentation au cas traité par

M. Simpson) est le résultat du développement incomplet de l'extrémité du membre supérieur.

Les deux exemples que je place sous vos yeux en sont des preuves irrécusables :

Le premier est un jeune garçon de dix-huit ans, nommé Boudin (Victor), qui nous est adressé de Lyon par notre excellent confrère M. Delore. Aucune personne de la famille n'est atteinte de vice de conformation ; son père, sa mère et ses six frères sont tous bien constitués.

L'anomalie, chez Victor, affecte le bras *droit*, cas le plus rare, ainsi que M. Simpson l'a noté. Le tronçon du membre hémimèle (fig. 2) se termine au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras. Le segment brachial, mesuré de l'acromion à l'épicondyle, a 1 centimètre de moins que celui du côté opposé. Au coude, la circonférence mesure



Fig. 1. Fig. 2.

25 centimètres, le côté anomal 21. De l'articulation à l'extrémité du moignon, la distance est de 7 centimètres. A la partie interne de cette extrémité, et sur une très-légère éminence cutanée, vestige de la main, A, on voit saillir cinq appendices, dont les trois externes sont garnis d'un ongle. Celui du pouce, placé en dehors du repli cutané, est parfaitement formé ; l'ongle de l'index, un peu moins bien, mais fort distinct encore ; enfin, celui du médius ne présente plus qu'un rudiment corné de la dimension d'une tête d'épingle. Le degré de développement des ongles correspond à celui des doigts, et ce jeune homme est obligé de couper assez souvent ceux du pouce et de l'index.

Ce tronçon d'avant-bras jouit de tous les mouvements normaux de l'articulation du coude : flexion, extension, pronation, supination. En plus des muscles qui impriment ces divers mouvements au moignon, l'on voit et l'on sent, à la partie moyenne de la face interne, un muscle dont la contraction amène le déplacement des tubercules cutanés.

Ce moignon présente, comme d'habitude, une forme conique ; la couche de

tissu cellulaire qui double la peau est très-épaisse. A son sommet, le tégument ne présente pas la moindre trace de cicatrice, preuve qu'aucune action traumatique n'a porté sur ce point; seulement, au niveau de l'extrémité du tronçon du cubitus, on aperçoit une légère dépression de la peau. Cette disposition est le résultat de l'adhérence de l'extrémité fibreuse du cubitus avec le tissu cellulaire qui double ce point de la peau; aussi lui donne-t-elle une forme ombiliquée.

M. Delore a constaté, comme nous, que Boudin jouit d'une puissance tactile très-remarquable. Si, ses yeux étant fermés, on vient à toucher l'un de ses appendices placés à l'extrémité de son avant-bras, il dit de suite : Vous touchez mon pouce, mon index, mon petit doigt.

La présence des ongles qui garnissent l'extrémité du plus grand nombre des tubercules digitiformes, le mouvement de ces appendices lors de la contraction des fléchisseurs, l'absence de toute cicatrice sur le tégument, la sensibilité tactile fort développée à l'extrémité du moignon, tout prouve que l'anomalie est le résultat d'un arrêt de développement de la portion du bras qui fait défaut.

Les détails anatomiques fournis par la dissection du bras d'un enfant nouveau-né affecté d'une anomalie semblable à celle que présente Boudin, et qui nous ont été remis par notre collègue M. Dolbeau, ne laissent aucun doute à cet égard.

Nous regrettons que l'espace nous manque pour reproduire la note de M. Boussac, élève distingué de l'hôpital des Enfants assistés, auquel M. Dolbeau a confié le soin de cette préparation. Le dessin de cette pièce, fait par M. Léveillé, et que nous reproduisons (fig. 3), permet de se rendre compte des principales dispositions anatomiques de cette malformation du membre supérieur gauche. Tous les muscles du segment brachial existent et sont normalement conformés. Les vaisseaux sont proportionnés au volume du tronçon; l'artère humérale, arrivée au pli du coude, se divise en plusieurs troncs; la radiale et la cubitale suivent leur direction habituelle, et après avoir fourni des branches nombreuses aux muscles de l'avant-bras, vont se perdre dans l'extrémité du moignon. Les nerfs de ce membre sont plus grêles que ceux du membre normal, surtout le nerf médian, qui présente un volume moindre que le musculo-cutané. Malgré ce moindre développement, le nerf médian, arrivé à l'avant-bras, fournit des filets aux muscles de la région antérieure et un très-fin, mais fort distinct, qui se rend aux tubercules digitaux. Presque tous les muscles de l'avant-bras existent; ils sont d'autant plus distincts et développés, qu'on les examine dans leur partie supérieure; les plus remarquables sont les muscles de la couche profonde; le fléchisseur sublime est réduit à deux petites languettes musculaires, dont les tendons très-grêles vont s'épanouir dans les quatre tubercules cutanés.

Ainsi, un simple coup d'œil jeté sur la disposition des éléments anatomiques de cette extrémité du membre, suffit pour se convaincre que cette malformation est plutôt le résultat d'un temps d'arrêt dans l'évolution organique de l'extrémité du membre, que celui d'une régénération de cette partie qui aurait été détruite par la section d'une bride placentaire au début du développement embryonnaire.

Le doute est plus permis lorsque l'avortement de l'avant-bras ne présente d'autre vestige qu'un simple tubercule cutané, dont le volume dépasse à peine, quelquefois, celui d'un pois ou d'une lentille. Mais la nature, lorsqu'on prend le temps de l'observer, a soin de nous conduire, par la diversité des cas tératologiques, des faits non douteux, comme les deux rapportés ci-dessus, aux

faits moins évidents. M. le docteur Delore, dont le zèle à nous communiquer tous les cas intéressants de sa pratique ne se ralentit pas, vient nous fournir un exemple de ces anomalies intermédiaires qui relient les points extrêmes de l'échelle tératologique.

Dans le nouveau cas d'hémimélie thoracique que nous a adressé notre confrère de Lyon, l'avant-bras est réduit à un fragment du cubitus surmonté d'un simple tubercule cutané ; mais les mouvements qui sont imprimés à ce tubercule pendant la flexion du moignon,

Fig. 3.

Fig. 4.

semblent témoigner qu'il existe quelque connexion entre cet appendice et les autres éléments anatomiques de l'avant-bras avorté. Je cite textuellement l'observation de M. Delore, parce que, n'ayant aucun point de doctrine à défendre, son récit ne peut être dicté par une idée préconçue, et qu'il se borne à exprimer ce qu'il voit.

Obs. *Hémimélie thoracique gauche.* « Saye (Henri), né à Faverger (Haute-Savoie), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 février 1864. Cet homme est âgé de vingt-neuf ans et doué d'une constitution robuste. Depuis quelque temps, il éprouve des crises épileptiques.

« Le membre supérieur gauche manque d'avant-bras (fig. 4) ; aucune personne de sa famille ne présente de vice de conformation. Ce segment brachial gauche est plus petit que le droit de 1 centimètre en longueur et 2 centimètres en

circonférence, à sa partie moyenne. Il est terminé par un moignon présentant les particularités suivantes : Sous le tégument, on sent une partie de l'extrémité supérieure du cubitus, qui représente à peu près la forme de l'olécrâne allongé, et qui est douée de mouvements énergiques d'extension et de flexion. A la partie inférieure du moignon, la peau forme une enveloppe continue, offrant en avant une saillie unique et mamelonnée. Cet appendice, chaque fois que le sujet fléchit l'os du coude, se rétracte d'une manière prononcée. La flexion et la rétraction s'exécutent toujours simultanément ; on perçoit alors la contraction du biceps. La sensibilité est normale.

« Henri Saye gagne sa vie en tournant une roue, ou en exerçant le métier de berger. »

Enfin notre collègue, M. Dolbeau, nous a remis les dessins d'un second cas, dans lequel la nature de la malformation ne saurait être le sujet d'un doute, puisque l'anomalie affecte les deux membres en même temps, et d'une manière inégale, de façon qu'on observe une gradation dans l'intensité de l'arrêt du développement de leur segment terminal.

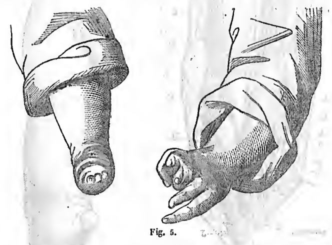


Fig. 5.

Obs. « Petite fille âgée de trois jours, bien portante et ne présentant d'autre vice de conformation que l'arrêt de développement des mains.

« La main droite (fig. 5) offre les troubles les plus marqués ; en effet, l'avant-bras se termine par un moignon incurvé en avant, sillonné de plis transversaux nombreux ; à son extrémité on remarque quatre petites saillies, vestiges des doigts absents. L'examen de ce segment du membre permet de constater que les os de l'avant-bras sont bien conformés, qu'il existe une articulation du poignet, et que la main se trouve réduite aux os du carpe et aux petits mamelons cutanés. Ces tubercules sont animés de mouvements de froncement. La main gauche est moins altérée dans sa forme, certains doigts seuls sont imparfaits. L'index est réduit à sa première phalange, surmontée d'un petit tubercule cutané ; il en est de même pour le médius ; au niveau de ces deux doigts, il existe une articulation métacarpo-phalangienne. L'annulaire possède ses deux premières phalanges et les articulations correspondantes, mais la phalange unguéale est très-petite et dépourvue d'ongle. Le petit doigt, ainsi que le pouce, sont normaux. »

Les notions anatomiques qui découlent de l'étude de ces faits, l'absence de cicatrice des moignons, le développement du système nerveux périphérique jusque dans les téguments, la disposition des muscles avortés, ont une portée pratique lorsqu'il s'agit de rétablir les fonctions de ces membres anomaux à l'aide d'appareils prothétiques.

Les fabricants, dans l'ignorance où ils se trouvent de ces conditions particulières, appliquent aux anomalies les modèles créés pour la restauration des membres amputés. Or, l'expérience leur a appris que, dans la construction des appareils destinés à ces cas, ils devaient éviter non-seulement de prendre un point d'appui sur l'extrémité des moignons, mais encore sur le segment qui a subi la mutilation, de façon à prévenir tout tiraillement de la cicatrice. Nous avons même montré que dans les jambes artificielles, Mille (d'Aix) avait fait remonter le point d'appui principal jusqu'au bassin.

Pour la restauration mécanique des membres affectés d'ectromélie ces précautions ne sont plus nécessaires; les fabricants peuvent, et même doivent envelopper complétement l'extrémité des membres avortés. Outre la simplification de l'œuvre prothétique, cette disposition des appareils rétablira d'une manière plus complète les fonctions motrices et tactiles des sujets. Ainsi rien de plus curieux que de voir une jeune fille affectée d'hémimélie thoracique, et dont le bras artificiel a été construit d'après les principes que nous venons de poser, vous dire, les yeux bien clos, si l'objet que vous placez dans sa main en bois, est un corps dur ou mou, élastique ou non, et même, quand c'est une étoffe, si elle est en soie, en laine ou en coton.

Ce fait d'une restauration si complète du sens du toucher nous surprend tout d'abord au point de nous faire croire à de la supercherie; mais en y réfléchissant, il s'explique facilement et perd son aparence merveilleuse. Est-ce que nos pieds, alors qu'ils sont chaussés de souliers faits avec le cuir le plus épais ou même garnis de semelles en bois, ne distinguent pas la nature du sol sur lequel ils posent, terre, bois ou marbre, et même la présence de corps intermédiaires et leur nature, s'il y a un tapis, et si celui-ci est tissé avec la laine ou le fil?

L'existence et le mode de distribution des nerfs mixtes dans les tronçons des bras avortés permettent de se rendre compte qu'il en sera de même toutes les fois que, dans les appareils, on établira une continuité entre la main de bois et l'extrémité du moignon d'avant-bras.

J'espérais vous faire la preuve de ces faits : M. Richet avait bien voulu prendre Boudin dans son service, et M. Charrière s'était engagé à lui faire construire un bras artificiel sur ces données. Mais Boudin n'appartient pas au département de la Seine, et on l'a renvoyé de l'hôpital ; il a dû retourner chez lui, déçu dans ses espérances de pouvoir exercer une profession manuelle.

Je possède un fait semblable dans ma clientèle ; peut-être arriverai-je un jour à vaincre les susceptibilités de la famille, et je m'empresserai alors de vous rendre témoin des services que les hémimèles retirent d'un bras artificiel bien fait.

Un concours pour deux places de chirurgien du Bureau central doit s'ouvrir le 18 mai. Le jury se compose de : MM. Velpeau, Monod, Cullerier, Ad. Richard, Duplay, *juges titulaires* ; MM. Ulysse Trélat et Cazalis, *juges suppléants*. Les candidats, au nombre de onze, sont : MM. Bastien, Desprès, Duchaussoy, Guéniot, Labbé, Liégeois, Parmentier, Péan, de Saint-Germain, Marc Sée, Tarnier.

A la suite d'un brillant concours, MM. Gignoux et L. Meynet viennent d'être nommés médecins des hôpitaux civils de Lyon.

M. le docteur Goffres est détaché au camp de Châlons, pour y remplir les fonctions de chef du service médical.

L'Association des médecins du Rhône vient d'adopter les conclusions suivantes, qui lui ont été soumises par une Commission composée de MM. Diday, J. Bonnet, Bachelet et Rougier, rapporteur.

1° La Commission générale émet le vœu que les membres de l'Association des médecins du Rhône, en dehors des circonstances où les soins doivent être absolument gratuits, se refusent à toute condescendance qui serait de nature à déprécier la pratique médicale;

2° Elle leur rappelle que si le désintéressement est, dans certains cas, un devoir, il n'est pas moins nécessaire d'observer dans les autres cas les usages reçus relativement aux honoraires, et qu'il vaut mieux refuser des services que de subir des exigences qui porteraient atteinte aux traditions et à la dignité de la profession.

3° Elle les engage à n'intenter directement aucune action judiciaire en recouvrement de leurs honoraires; mais elle les invite expressément à lui soumettre préalablement toutes les contestations qu'ils peuvent avoir avec leurs clients;

4° Elle exprime le désir qu'aucun médecin sociétaire ne fournisse son concours individuel, et n'apporte l'autorité de son nom dans aucune demande judiciaire formée par un médecin membre ou non de l'Association;

5° Enfin, elle exhorte ses confrères à recourir à elle dans toutes les circonstances douteuses ou délicates, et elle leur offre l'appui constant de ses délibérations et de son autorité pour prévenir et régler les difficultés dans lesquelles se trouverait engagé leur intérêt professionnel.

L'Académie de médecine de Madrid met au concours les questions suivantes: — I. Progrès de l'anatomie dans la première moitié du dix-neuvième siècle et leur influence sur ceux de la médecine. — II. Critique des moyens employés contre le rhumatisme, avec leurs indications différentielles. — III. Etat actuel de la chirurgie et des causes qui en retardent le progrès. — IV. Déterminer le régime convenable aux soldats de terre et de mer, aux malades et aux prisonniers. — V. Biographie du *divin* F. Valles. Les mémoires, écrits en espagnol, en latin ou en français, devront parvenir à l'Académie avant le 1er septembre 1864, et un an plus tard pour les questions suivantes, proposées pour 1865: — I. Déterminer les limites de l'utilité de la statistique médicale sur les progrès de la médecine pratique. — II. Des matières grasses et de leur action sur les sels et agents chimiques dans la pharmacologie. — III. Biographie de L. Mercado.

Un arrêté de M. le sénateur chargé de l'administration du département du Rhône, porte ce qui suit:

« Vu la délibération, en date du 27 août 1863, par laquelle le Conseil général du Rhône a voté les fonds nécessaires pour le placement, dans les familles, de cent aliénés indigents dont l'état mental ne nécessitera pas la séquestration à l'asile public;

« Considérant que, par suite de l'encombrement actuel du local affecté aux aliénés à l'hospice de l'Antiquaille, il est urgent de mettre à exécution cette mesure, qui a d'ailleurs reçu la sanction de M. le ministre de l'intérieur par une dépêche du 29 janvier dernier; Arrêtons:

« ARTICLE 1er. — Sur la proposition de M. le médecin en chef du service, les aliénés indigents, reconnus incurables et inoffensifs, pourront, dans la limite ci-dessus déterminée, être extraits de l'asile de l'Antiquaille, en vertu d'une décision spéciale prise par nous, et placés moyennant indemnité, dans les familles.

« ART. 2. — La dépense de ces malades sera établie par trimestre et effectuée par les soins de M. l'économe de l'hospice de l'Antiquaille au moyen d'une avance qui sera mise à sa disposition sur les fonds départementaux affectés au service des aliénés. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur le traitement curatif de l'obésité.

L'embonpoint n'est pas un état morbide. Porté à l'excès, il le devient et prend le nom d'obésité. Les perturbations fonctionnelles qu'il engendre sont dignes de fixer l'attention. Leur gravité toujours croissante, et leur issue communément funeste réclament impérieusement l'intervention de l'art. Une fois établie dans l'organisme, la tendance au développement exagéré du tissu adipeux se modère rarement d'elle-même. A mesure que le poids du corps augmente, et que la locomotion s'entrave, l'apathie naturelle aux sujets disposés à l'obésité exerce sur leur genre de vie une domination plus absolue. Leur répulsion invincible pour le mouvement s'accroît des palpitations, des troubles respiratoires auxquels ils sont enclins; et la difficulté qu'éprouvent les poumons et le cœur dans l'accomplissement de leurs fonctions détermine et entretient un état congestif qui se reconnaît à la turgescence de la face, à la fréquence des vertiges, à la paresse de l'esprit. Son dernier terme est une somnolence presque incessante et une indifférence profonde pour toute perception émanant du dehors. Aussi la vie végétative de l'homme obèse est-elle presque exclusivement consacrée à la satisfaction du sommeil et aux plaisirs de la table. Il ne se préoccupe nullement de ce qui l'entoure : on se préoccupe peu des malaises qui le poursuivent. A la longue, les désordres s'aggravent, puis la mort survient inopinément. On l'attribue d'ordinaire à une apoplexie, et c'est à tort. Très-généralement elle est due à une syncope, et cette syncope à pour cause l'obstacle apporté aux battements cardiaques.

A coup sûr, une déviation de la nutrition assez profonde pour engourdir toute activité physique, jeter l'esprit dans une permanente torpeur, susciter dans le jeu des principaux appareils splanchniques des irrégularités notables, et suivre une marche presque inévitablement progressive et fatale, une pareille déviation fonctionnelle comporte le plus vif intérêt, et il convient que le clinicien ne soit pas désarmé en sa présence.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a plusieurs fois déjà appelé l'attention de ses lecteurs sur cet ordre de faits; et le Traité que vient de publier M. Dancel est pour nous une occasion de revenir sur les ressources diverses dont la thérapeutique dispose pour combattre l'obésité.

Les détails dans lesquels nous allons entrer montreront l'importance que nous attachons à la solution de ce problème.

Voici d'abord quelle voie a conduit M. Dancel aux recherches qu'il a entreprises et aux conclusions qu'il a formulées.

Médecin dans notre armée de terre, il a été longtemps attaché à des régiments de cavalerie. Or l'équitation, la bonne chère, la quiétude d'esprit de la plupart des officiers, en amènent un bon nombre, lorsque arrive l'âge mûr, à un degré d'embonpoint qui les incommode dans l'exercice de leurs fonctions. Ceux des régiments dans lesquels M. Dancel servait, s'adressaient naturellement à lui pour obtenir quelques avis à cet égard. La fréquence des consultations de ce genre l'a poussé à une étude plus approfondie de la question. A défaut de préceptes nettement tracés dans les ouvrages classiques, l'auteur s'est pris à chercher dans les habitudes mêmes de ses malades les indications qui ressortissaient à leur état. Sur la remarque que, pour la plupart, ils ingéraient chaque jour une quantité considérable de liquides, il débuta par leur prescrire l'abstention la plus complète possible de boissons. Le succès dépassa son attente, et la confiance dans l'abstinence des boissons comme moyen d'arrêter les progrès de l'embonpoint et de le faire rétrocéder, s'affermit à tel point dans son esprit, que ce régime diététique constitue la partie fondamentale de la médication qu'il propose.

Dans l'obésité, effectivement, un phénomène presque constant est le besoin et l'usage habituel de grandes quantités de boissons aqueuses. Chez certains sujets, cet excès dans l'ingestion des liquides constitue une polydipsie véritable. Sans être aussi considérable, la proportion d'eau consommée par les sujets affectés d'obésité dépasse presque toujours d'une manière notable la quantité qui suffit aux personnes exemptes de ce vice constitutionnel.

Cette soif immodérée n'est pas avec l'obésité une coïncidence pure et simple. Il existe là, au contraire, un rapport de causalité duquel il importe de tenir compte, et que les éleveurs de bétail ont depuis longtemps déjà approprié aux besoins de leur industrie. Ils ont coutume d'exciter chez les animaux destinés à l'engraissement le désir de boire, le *bibendi appetitus;* et ce, en flattant leur palais par des aliments de choix délayés dans une grande quantité d'eau. C'est ce qu'ils appellent soumettre l'animal au *régime mouillé*.

Puis, l'habitude de boire une fois contractée, l'animal est placé dans des vallées où il trouve à profusion une herbe imprégnée

d'eau, et à sa portée de larges abreuvoirs où il se rend à sa guise. Dans de telles conditions son système adipeux ne tarde pas à prédominer.

On le voit, l'apport journalier à l'organisme d'une masse alimentaire, soit liquide, soit solide, contenant une forte proportion d'eau, crée pour le développement du tissu adipeux une éventualité éminemment favorable. L'observation, maintenant, que les individus atteints d'obésité se signalent par une préférence marquée pour un genre d'alimentation analogue à celui qui développe chez les animaux la prépondérance du système adipeux, dénote de la part de ce genre d'alimentation une influence génératrice primordiale.

Ingénieusement établi par M. Dancel, ce rapprochement lui a permis de formuler une indication fondamentale : il faut soustraire les malades à l'usage abusif de l'eau.

La diète des boissons aqueuses conseillée comme base du traitement de l'obésité n'est pas, tant s'en faut, une chose nouvelle; à nos yeux, l'antiquité de ce précepte ne fait qu'en rehausser la valeur.

Il entre pour une grande part dans le système diététique grâce auquel les anciens formaient les athlètes, et s'opposaient chez eux aux envahissements de l'embonpoint. La condition la plus expresse du régime institué dans ce but consistait dans la diète des liquides. Ce mode d'alimentation était désigné sous le nom de ξηροφαγία, *régime sec*.

D'autre part, si les ouvrages classiques modernes sont à peu près muets sur ce sujet, les annales de l'art renferment des documents propres à confirmer dans les errements suivis dès l'antiquité la plus reculée. C'est ainsi que, dans les *Transactions médicales de Londres*, sir Georges Baker rapporte l'histoire d'un nommé Wood, meunier à Bellericay, qui était parvenu à se guérir d'une énorme corpulence par un régime particulier dont un des points essentiels était de *ne point boire*. De son côté, Sinclair [1] formule avec précision les principes qui régissent l'entraînement des boxeurs anglais. « Quant aux moyens, dit-il, par lesquels on dresse les élèves, c'est au fond par une grande sobriété, par des exercices gradués fréquemment réitérés, et toujours pris dans un air aussi pur que possible, c'est par des frictions, des bains froids, une grande propreté, qu'on réussit, et en très-peu de temps, à les rendre

---

[1] *Principes d'hygiène*, de Sainclair, traduit par Odier ; Genève, 1810.

tels qu'on les désire. Mais on commence par les évacuer, on leur donne deux ou trois émétiques, on les purge deux ou trois fois... Après quoi on ne leur permet que *très-peu de boissons.* »

De même, le *British medical journal* (numéro de janvier 1864) constate une diminution de 42 livres obtenue en un an dans le poids d'un monsieur W. Banting, grâce à un régime diététique dont la sévérité porte surtout sur la qualité des liquides ingérés chaque jour [1].

Enfin, dans un travail récent, M. le docteur Foissac passe en revue les différents procédés mis en pratique pour combattre l'obésité. Il s'appuie sur l'exemple du docteur Moore, qui conseille, après l'avoir expérimentée sur lui-même, la privation de pain et de liqueurs fermentées ; sur celui surtout de Louis Cornaro, qui réduisit à 12 onces d'aliments solides et à 14 de vin (soit au total 384 grammes) son régime alimentaire quotidien ; sur la constatation encore de la constante maigreur des religieux soumis à la diète végétale exclusive, pour conclure qu'une sobriété rigoureuse est le plus efficace de tous les moyens proposés dans le but de combattre la prédominance du système adipeux.

Parmi les auteurs qui se sont occupés de la matière, Galien dans l'antiquité, dans les temps modernes Sinclair, et après lui M. Dancel, sont donc ceux qui insistent le plus explicitement sur la diète de l'eau.

Quant au choix des aliments solides, ce choix est tout tracé. Avec W. Banting qui proscrit d'une manière absolue le sucre et les féculents, avec M. Dancel qui élimine du régime tous les assaisonnements inventés par l'art culinaire (lesquels sont bons seulement à exciter l'appétit et la soif), il convient d'éloigner de l'alimentation les matières amylacées et sucrées, et de recommander les matières protéiques, les viandes rôties et grillées très-suffisamment nutritives sous un petit volume.

---

(1) Nos lecteurs se rappellent que les règles de ce régime ont été résumées dans le numéro du *Bulletin* du 15 février dernier. Mais il s'est glissé dans notre article une erreur que nous nous empressons de rectifier ici. Le gibier, la volaille, le pudding ne sont nullement exclus, et il n'y avait aucune raison pour qu'ils le fussent, principalement le gibier et la volaille. Ce qui caractérise le régime suivi et conseillé par M. Banting, c'est l'abstinence surtout des substances *saccharines* et féculentes, et en général de toutes celles qui sont susceptibles de fournir à la sécrétion de la graisse au sein de l'organisme. L'abstinence des boissons ne nous y a paru que relative, et, selon nous, n'y est pas assez explicitement et rigoureusement prescrite.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

Mais entre les préceptes appliqués par les anciens à la formation des athlètes, et par Sinclair à l'entraînement des boxeurs, il en est un qui, à nos yeux, fournit une indication non moins fondamentale que la diète des liquides au traitement curatif de l'obésité. Il consiste dans la pratique des exercices musculaires.

Tout en luttant contre les accidents qu'engendre l'embonpoint porté à l'excès, il importe en effet de placer les sujets qui y ont une tendance marquée dans des conditions telles que leur organisme acquière toute la vigueur dont il est susceptible. Bien souvent cette prédisposition de la constitution au développement excessif d'un système ne demande qu'une direction bien entendue pour se répartir sur l'ensemble de l'économie; et c'est en secondant d'une manière rationnelle les efforts de la nature qu'on leur donne la puissance d'atteindre un but en deçà duquel, livrés à eux-mêmes, ils resteraient et ne produiraient que des résultats vicieux. Or, il n'est pas rare de rencontrer chez des sujets obèses, apathiques et somnolents, l'aptitude à devenir remarquablement vigoureux et particulièrement doués pour résister aux fatigues du corps. Afin d'en arriver là, il faut savoir diriger vers le développement du système musculaire l'activité que la nutrition emploie en pure perte à la production exagérée de la graisse. On comprend qu'alors on doive mettre en éveil les fonctions des muscles, et que la pratique méthodique d'exercices gradués et réitérés s'impose comme une nécessité de premier ordre dans les règles de l'hygiène à suivre.

Privée d'aliments respiratoires, l'économie est contrainte, pour faire face aux dépenses qu'entraînent la gymnastique, la marche, les exercices musculaires, de reprendre aux amas de graisse accumulés en elle les éléments réparateurs dont le mouvement fait naître le besoin. Obliger les sujets obèses à quitter le genre de vie sédentaire dans lequel ils ont pris coutume de végéter, c'est susciter un véritable *autophagisme*, dans lequel les moyens diététiques trouvent un auxiliaire précieux.

Ces moyens, purement hygiéniques, ont dans l'usage des purgatifs un adjuvant qu'il convient de ne pas négliger. M. Dancel propose l'administration de la scammonée en poudre, en pilules avec du savon, ou bien encore sous forme de teinture contenue dans des capsules gélatineuses. Il y revient périodiquement, et se loue de la tolérance de l'intestin pour ce remède, ainsi que de son action franche et passagère.

Nous avons vu, d'autre part, Sinclair préluder à l'entraînement des boxeurs par plusieurs émétiques et par des purgatifs répétés.

Les Anglais attachent à cette pratique une importance particulière. Le régime auquel leurs sujets sont soumis a pour double but de développer le système musculaire; ils l'atteignent par la gymnastique; et de s'opposer aux envahissements du tissu adipeux : l'abstinence des boissons le leur permet. Ils ont recours aux évacuants pour maintenir les tissus dans un état d'intégrité parfaite. La peau acquiert ainsi une finesse remarquable, dont le degré fournit le signe des progrès de l'entraînement.

Pour ce qui est de l'application de semblables principes au traitement curatif de l'obésité, par eux-mêmes les évacuants sont dépourvus d'une activité suffisante. Il en est de même des alcalins, du bicarbonate de soude, du soda-water, préconisés à cet effet. Leur emploi a pu avoir sur la régularisation des fonctions digestives une influence bienfaisante; mais la soustraction qu'on obtient par les purgatifs est minime, et la prétendue saponification de la graisse par les alcalins est une hypothèse que l'expérience est venue infirmer. Ces deux ordres d'agents s'adressent à des indications spéciales.

L'abstinence de boissons et l'exercice, qui constituent la base de la médication, rencontrent dans la pratique deux obstacles dont il est également difficile de triompher : la soif inextinguible ordinaire aux personnes affectées d'obésité; leur antipathie, leur difficulté pour la locomotion.

C'est alors que l'usage du café devient d'un utile secours. Mais le café répond à deux indications parfaitement distinctes. Ses effets sur l'organisme varient suivant le mode de sa préparation. Le principe stimulant du café persiste dans l'infusion; la décoction le détruit; et c'est parce que la tradition s'est conservée de préparer le café par décoction, que les populations laborieuses de certains pays (l'Afrique, la Hollande, la Belgique) peuvent impunément user de ce breuvage dans des proportions considérables. L'action excitante, au contraire, de l'infusion, limite à des doses restreintes la quantité qu'il convient d'en consommer chaque jour [1].

Aux sujets obèses, encore impropres aux exercices musculaires, et plongés dans une apathique torpeur, s'adresse donc spécialement l'infusion de café. Elle fera naître en eux le besoin de se mouvoir,

---

[1] Un chirurgien distingué de la marine qui a longtemps habité l'Algérie, M. le docteur Bérenger-Féraud, a appliqué ces données diététiques au régime des chauffeurs de la machine à vapeur du yacht *le Jérôme-Napoléon*, et les résultats qu'il en a obtenus ont été très favorables.

(Note du Rédacteur en chef.)

ou tout au moins troublera la somnolence dans laquelle ils demeurent engourdis.

A ceux qui, déjà capables de mouvement, d'exercices quotidiens, n'ont pas cessé pourtant d'éprouver le pénible tourment de la soif, le café en décoction sera prescrit avec plus d'avantage ; car c'est sur la soif qu'il agit principalement, et sa propriété consiste à tempérer cet impérieux besoin.

En somme, les désordres organiques et fonctionnels que suscite l'obésité, le pronostic fâcheux de ses envahissements méritent de fixer l'attention. Dans l'état actuel de l'art, les principes hygiéniques le plus propres à prévenir, à combattre et à enrayer vers une voie avantageuse la propension au développement excessif de la graisse, paraissent consister dans l'observation du régime alimentaire indiqué ci-dessus, puis dans la diète de l'eau et dans la pratique d'exercices méthodiques et gradués.

L'administration réitérée des évacuants intervient comme moyen de régulariser les fonctions digestives ; enfin l'usage du café en infusion ou en décoction, suivant qu'il s'agit de secouer la torpeur ou d'étancher la soif, fournit pour le succès de la médication un adjuvant des plus utiles. C.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des calculs vésicaux, de la taille et de la lithotritie chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

L'examen des cent quarante cas de calculs que j'ai observés pendant les vingt années que je viens de passer à l'hôpital des enfants, m'ont permis de constater que l'âge n'apporte aucune différence dans la constitution physique et chimique de ces corps étrangers. Les calculs de mes petits malades étaient composés, comme ceux de l'adulte, d'acide urique, de sous-carbonate de chaux, d'ammoniaque, de magnésie, d'oxalate de chaux, d'urate d'ammoniaque, et par conséquent étaient les uns très-durs, les autres très-friables.

Leur forme et leur volume ne variaient pas moins ; nous en avons extrait de petits comme un pois et de gros comme un œuf de poule. Nous conservons, entre autres, deux calculs extraits par la taille bilatérale chez des enfants de dix et de onze ans ; chez l'un le calcul, de forme ovoïde, a 5 centimètres dans son long diamètre et 4 dans le petit ; l'autre, de même forme, présentait la même étendue

dans son grand diamètre et un peu plus de 3 dans le petit ; les deux enfants ont guéri.

Nous avons trouvé souvent des calculs multiples, et dans un cas même nous en avons extrait de la vessie d'un enfant de onze ans, primitivement lithotritié par M. Ségalas, un si grand nombre, que nous n'avons pu les compter ; leur masse pesait 91 grammes ; le malade a guéri sans fistule.

Nous avons observé des calculs de forme très-régulière, ronds ou ovoïdes, à surface lisse ou rugueuse, quelques-uns cunéiformes avec des facettes, d'autres muriformes. Dans deux cas ils étaient adhérents à la vessie. Nous avons également trouvé des calculs dans les reins, et l'autopsie des enfants nous a permis de constater assez souvent des néphrocystites catarrhales, et même purulentes, comme chez les vieillards. Quelquefois même la muqueuse vésicale et toute la vessie était hypertrophiée, revenue sur elle-même et présentait une cavité très-étroite.

Sous le rapport des causes, nous avons rencontré des calculs chez les enfants de tous les âges, même à la naissance ; souvent chez les garçons, rarement chez les filles ; quelquefois les parents ou les grands-parents étaient goutteux ; nous n'avons jamais rencontré d'enfants dont les pères fussent calculeux. Ce que nous avons reconnu comme cause principale, ce qui se rencontre d'ailleurs dans tous les pays, c'est l'influence d'une mauvaise alimentation. Le plus grand nombre de nos petits malades étaient nés dans les faubourgs et plus souvent encore à la campagne, de parents pauvres leur ayant fourni comme nourriture des légumes, des fruits, pas de vin ni de viande. C'est à peine si nous avons rencontré des calculs chez les enfants des classes aisées de la société, qui sont bien vêtus, bien chauffés et bien nourris.

Nous avons constaté qu'en général les urines de beaucoup d'enfants étaient assez chargées de phosphates calcaires pour encroûter de sels les sondes qu'on laissait vingt-quatre heures dans la vessie.

Les symptômes signalés par les auteurs classiques comme signes des calculs chez l'adulte s'observent chez les enfants, depuis les coliques néphrétiques, jusqu'à la douleur à l'extrémité du gland. Ainsi, les coliques néphrétiques, les douleurs lombaires irradiant dans la direction des uretères, la pesanteur à la région de la vessie, plus marquée lorsqu'ils vont en voiture, les fréquents besoins d'uriner, les épreintes, les douleurs, quelquefois très-vives en commençant ou en finissant d'uriner, les envies qu'ils ne peuvent satisfaire, les érections, les tiraillements de la verge, les trépignements, les jets

d'urine interrompus, la chute du rectum suite des efforts pour accomplir la miction, la rétention ou l'incontinence d'urine, l'hématurie, plus souvent du catarrhe, quelquefois de petits calculs expulsés par le canal, d'autres fois ces calculs s'arrêtant dans l'urètre à la portion membraneuse ou au méat urinaire. Il faut ajouter que les enfants qui ont la pierre depuis longtemps présentent une verge plus volumineuse que dans l'état normal ; les érections et les tiraillements fréquents rendent compte de ce développement.

Comme symptômes généraux, on observe de temps en temps de la fièvre ; quelquefois elle est continue. Ces symptômes sont peu marqués au début de l'affection ; ils se remarquent surtout lorsque la maladie date de quelque temps. A mesure qu'elle augmente et que le calcul croît en volume, il irrite la muqueuse vésicale ; on observe une aggravation des accidents. La fièvre devient continue, l'appétit se perd, l'amaigrissement survient et souvent l'adynamie met fin à la maladie.

Qu'on ajoute à tous les signes que nous venons d'indiquer la présence du calcul constatée à l'aide du cathétérisme, et le diagnostic ne sera plus douteux. Mais il faut le dire, si toujours, où presque toujours, on rencontre chez un enfant calculeux plusieurs des symptômes que nous venons de rappeler, il faut savoir que souvent il existe seulement un ou deux des signes indiqués ; dans les cas de calculs adhérents, par exemple, beaucoup de symptômes manquent, et alors il y aura de grandes difficultés à se prononcer promptement sur la cause des accidents.

Nous ne devons pas laisser ignorer que quelques enfants ayant un simple phimosis enflammé nous ont été adressés comme pouvant avoir la pierre ; d'autres étant sous l'influence d'une cystite entretenue par des cantharides appliquées sur un vésicatoire ont offert des accidents qui pourraient tromper les praticiens, non prévenus.

Enfin, avant de porter un diagnostic définitif, on doit toujours sonder le petit malade.

La présence d'un calcul étant reconnue, le pronostic variera suivant l'époque à laquelle on est consulté. Si la maladie est au début, le calcul petit, et l'état général bon, le pronostic sera favorable, même alors qu'en raison de son peu de volume il viendrait à s'engager dans le canal de l'urètre. Dans cette circonstance le corps étranger sera extrait d'une manière ou d'une autre, souvent avec succès ; le cas est bien moins grave que si l'affection est ancienne et compliquée des lésions vésicales et néphrétiques que

nous avons indiquées. C'est alors que le pronostic est fâcheux ; il l'est également si l'enfant est rachitique, scrofuleux ou atteint d'autres maladies chroniques. Enfin il y a danger lorsque le malade porte un calcul volumineux depuis longtemps, et que déjà sa santé générale est altérée.

Les symptômes rationnels que nous avons indiqués les premiers ayant été constatés, il reste, avant de se décider au traitement, à pratiquer l'exploration directe de la vessie, qui doit être répétée plusieurs fois afin de prévenir toute chance d'erreur.

Cathétérisme chez les enfants. — Avant tout, il est important de coucher le petit malade sur le dos et de le faire maintenir fixe, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Il ne faut pas croire qu'il soit nécessaire d'avoir des sondes très-fines pour les enfants : on peut se servir chez un nouveau-né d'une sonde de 4 à 5 millimètres de diamètre, et chez les enfants de cinq à six ans, on peut introduire des instruments de 5 à 7 millimètres ; mais il est beaucoup plus facile, pour bien explorer, d'avoir des sondes plus courtes que celles des adultes, ayant une courbure assez courte, comme celles des instruments à lithotritie ; elles doivent avoir de 15 à 16 centimètres de longueur. Il est inutile de chloroformer les enfants pour le cathétérisme ordinaire, c'est-à-dire dans le cas de rétention d'urine. Très-souvent aussi on peut, même pour rechercher l'existence d'un calcul, ne pas employer l'anesthésie. Mais si l'on croit qu'il existe un calcul petit, difficile à sentir, et pour lequel il faille faire des recherches minutieuses, il nous a toujours paru avantageux d'endormir les enfants, et souvent de se servir pour la simple exploration d'un petit instrument à lithotritie ; de cette manière l'enfant remue moins et supporte mieux l'exploration vésicale. L'instrument à lithotritie ayant deux branches permet souvent de sentir plus facilement un petit calcul que la sonde simple à laquelle il échappe. On a aussi l'avantage de pouvoir de suite saisir la pierre et apprécier ainsi approximativement son volume. Il ne faut pas négliger de sonder le petit malade couché sur le dos, et placé alternativement sur le côté gauche et le droit, et même debout, et cela non-seulement une, mais plusieurs fois, si on conserve des doutes.

Le calcul étant bien constaté, quatre indications se présentent :

1° Attendre et prescrire un traitement palliatif ; 2° tenter l'essai des moyens préconisés pour dissoudre la pierre ; 3° faire la lithotritie ; 4° pratiquer la taille.

1° Lorsque le calcul est petit, qu'il n'y a pas d'accidents généraux, on peut espérer qu'en attendant, en faisant boire l'enfant abondamment, et en le baignant souvent, le calcul pourra s'engager dans l'urètre. Alors, si son volume permet à l'enfant d'uriner, il peut se faire qu'en un ou deux jours, plus ou moins, par les seuls efforts que fait l'enfant, le calcul chemine à travers le canal et arrive au méat urinaire. Parvenu à ce point, s'il ne peut sortir spontanément, un léger débridement du méat fait avec un bistouri lui permettra de s'échapper, ou bien donnera la facilité de le saisir avec une pince et de l'extraire. Dans le cas où le calcul resterait dans un des points de l'urètre et ne bougerait plus, si surtout l'enfant ne pouvait uriner ou bien urinait avec beaucoup de difficulté, on pourrait avec avantage se servir de la curette articulée de Leroy (d'Etiolles). Cet instrument m'a rendu plusieurs fois service pour ces extractions. Si ce moyen échoue, il est indiqué de pratiquer l'opération de la boutonnière; mais il faut être bien certain auparavant qu'on ne peut extraire le calcul par d'autres moyens ou le broyer sur place. Quoique l'opération qui consiste dans une incision du canal sur le calcul réussisse en général assez bien, il peut survenir des accidents, l'érysipèle, par exemple, puis quelquefois une fistule consécutive.

2° *Traitement interne pour dissoudre le calcul.* — Je n'ai pas de faits qui puissent m'engager à mettre un enfant calculeux à un traitement par l'eau de Vichy; mais je pense, que lorsqu'il n'y a pas encore de phénomènes généraux qui débilitent le malade, on pourrait tenter l'essai d'une saison à Vichy, surtout si le calcul est petit. On pourrait aussi essayer l'emploi des bains au sous-carbonate de soude et donner le bicarbonate en boisson, ou mieux de l'eau de Vichy naturelle.

3° *Pratique de la lithotritie.* — Nous ne répéterons plus aujourd'hui ce que nous avons écrit dans notre thèse de doctorat en 1828 : *la lithotritie est impraticable sur les enfants au-dessous de cinq ans.* Alors la lithotritie était dans son enfance; au contraire, aujourd'hui, l'expérience de tous ceux qui ont pratiqué cette opération, et la nôtre en particulier, doivent engager à y recourir à tous les âges, même chez les enfants de quinze ou dix-huit mois, garçons et filles; et nous dirons que la lithotritie est applicable chez les plus jeunes enfants toutes les fois :

1° Que le calcul est peu volumineux, et ne dépasse pas 15 à 16 millimètres de diamètre; ce qui permet de faire un petit nombre de séances (une seule, ou deux ou trois au plus);

2° Que l'état général est bon et que la vessie paraît saine, exempte de catarrhe purulent ;

3° Et surtout lorsqu'il n'y a pas plus d'un ou deux calculs.

La lithotritie ne paraît pas au contraire applicable :

1° Lorsqu'il y a un calcul trop volumineux (2 centimètres et au delà) ;

2° Lorsque le calcul est adhérent ;

3° Lorsqu'il est muriforme, et très-dur, comme nous en avons rencontré des exemples.

En résumé, nous sommes arrivé à être partisan de la lithotritie dans un grand nombre de cas chez les enfants, parce qu'à mesure que nous nous sommes familiarisés avec cette opération, en suivant les préceptes formulés par MM. Leroy (d'Etiolles), Heurteloup, Civiale Ségalas, nous sommes arrivé à éviter beaucoup d'accidents que nous éprouvions au début de notre pratique et que nous n'avons plus aujourd'hui.

Tout en conseillant la lithotritie chez les enfants, nous ne devons pas dissimuler que, si cette opération présente de grands avantages, si elle met à l'abri des grands accidents de la taille, elle n'est pas constamment exempte d'inconvénients. Indiquons donc ici, d'après notre expérience, ce que nous conseillons de faire pour le broiement de la pierre chez les enfants ; examinons successivement la préparation du malade, le manuel opératoire, puis les soins consécutifs.

Préparation du malade. — Nous regardons comme indispensable de préparer le malade, d'abord en combattant les maladies qui sont liées à l'existence du calcul vésical, et même en prévenant celles qui peuvent venir compliquer l'opération, ainsi de vacciner le petit malade s'il ne l'a pas été. Le premier soin est d'habituer son canal au contact des instruments à l'aide de bougies introduites matin et soir et laissées en place pendant quelques minutes, puis en augmentant graduellement leur volume, enfin en donnant des bains tous les deux ou trois jours. Au bout de huit à dix jours, s'il n'est survenu aucun accident, on peut procéder à l'opération, après avoir fait prendre au malade un lavement.

Manuel opératoire. — Aujourd'hui, il n'est plus question d'employer d'autre instrument que le lithotriteur à deux branches dont on a essayé la force et dont on connaît le mécanisme. Il sera garni d'une crémaillère, ou du levier de M. Guillon, ou bien de l'écrou brisé. Le levier présente plus de force que les deux autres, et la manœuvre peut être faite plus rapidement ; mais la force ne

pouvant être graduée, on peut plus facilement briser l'instrument.

Nous regardons comme très-avantageux de joindre à ces instruments soit l'espèce de curette que nous avons fait faire dès 1830 par M. Charrière, pour nettoyer l'instrument, soit l'évacuateur que M. Guillon a ajouté à son instrument.

Trois numéros suffisent pour les enfants depuis l'âge d'un an jusqu'à celui de quinze. L'extrémité de l'instrument étant la partie la plus volumineuse, nous indiquerons trois instruments dont l'extrémité, terminée en bec de canne, offre, le plus petit pour les enfants les plus jeunes, d'un an environ, cinq millimètres en largeur et trois millimètres sur le plat ; le moyen pour les enfants plus âgés, six millimètres en largeur et quatre millimètres sur le plat ; enfin, pour les plus grands celui de six à sept millimètres dans la largeur et cinq à six sur le plat. Avec ces trois instruments nous sommes presque toujours arrivé à franchir le méat urinaire sans le débrider, ce que cependant nous avons été obligé de faire quelquefois. Nous nous sommes bien trouvé d'avoir, pour les cas de pierre dure, l'instrument à branche femelle terminée en mortaise dans laquelle s'engage la branche mâle, il permet de faire plus de morceaux en peu de temps, et nous l'employons souvent, surtout pour une première séance.

On doit avoir, indépendamment de l'instrument principal : 1° une sonde de gomme élastique ; 2° une seringue pour injecter de l'eau dans la vessie ; 3° un matelas plié en deux et disposé en plan incliné, placé sur une table ou un meuble à hauteur d'appui, pour remplacer le lit à bascule de M. Heurteloup ; 4° du chloroforme, dont nous nous sommes toujours bien trouvé pour les enfants ; 5° enfin plusieurs aides, au moins trois, l'un pour chloroformer, les deux autres pour maintenir le bassin et les membres inférieurs.

Le malade étant placé sur le matelas, disposé convenablement, on maintient le bassin sur la base du plan incliné ; de manière que le siège soit très-élevé et le tronc déclive, de cette sorte le calcul peut se porter vers le haut de la vessie, qui est la partie déclive par suite de la position où l'on a mis le sujet.

Le malade étant maintenu et chloroformé, nous introduisons une sonde de gomme élastique pour injecter de l'eau dans la vessie, et nous la remplaçons par l'instrument, en essayant d'empêcher l'eau de s'échapper. Les enfants rejettent le plus souvent l'injection et alors on opère à sec ; nous ouvrons l'instrument en inclinant l'extrémité vésicale à droite et à gauche successivement, dans la partie déclive de la vessie; nous l'ouvrons et le fermons alternativement.

Lorsque nous avons saisi le calcul, il est bien important de mouvoir l'instrument pour être certain de tenir le calcul seul sans avoir pincé la muqueuse de la vessie; alors nous broyons une première fois, puis une seconde, une troisième et successivement pendant quatre à cinq minutes; nous ne prolongeons jamais au delà les séances; nous finissons en fermant complétement l'instrument avant de le retirer. C'est souvent à ce moment que la curette est très-nécessaire pour nettoyer la cuillet chargée de détritus. Nous terminons par une injection d'eau à l'aide d'une sonde de gomme, l'eau est expulsée et entraîne les fragments assez peu volumineux pour passer par la sonde.

Soins consécutifs. — Lorsque nous opérons sur des enfants qui urinent au lit, nous leur appliquons un suspensoir, à l'ouverture duquel est fixé une espèce de gousset en gaze, dans lequel est introduite la verge; de cette manière l'urine est passée au tamis à mesure qu'elle coule et les graviers expulsés sont retrouvés.

S'il ne survient aucun accident, il faut se contenter de bains tièdes, qu'on commence à donner immédiatement après la première séance et qu'on continue les jours suivants, et on nourrit le malade. Mais s'il survient des accidents inflammatoires, il faut les combattre, quelquefois par de simples cataplasmes, mais, dans certains cas, par des sangsues soit au périnée, soit à l'hypogastre; il faut redouter les cystites.

Chez les enfants un accident assez fréquent, plus que chez les adultes et les vieillards, c'est l'arrêt d'un fragment du calcul dans le canal. Cela dépend de ce que la vessie et son col diffèrent chez l'enfant et chez l'adulte, et surtout chez le vieillard. Chez l'enfant, la contraction de la vessie est très-énergique, et, comme son col se dilate facilement, il permet aux fragments fortement chassés par la contraction vésicale de s'engager dans le canal. Il en résulte que, sous ce rapport, l'enfant est dans des conditions plus fâcheuses à la suite de l'opération. Les fragments peuvent franchir le col, même alors qu'ils sont assez volumineux; mais, lorsqu'ils arrivent dans la portion membraneuse du canal, ils s'arrêtent dans ce point et ne peuvent être chassés plus loin; on sent alors le calcul en portant le doigt sur le périnée. Dans ces cas, quelquefois on voit survenir une orchite.

Quand le calcul est engagé dans la portion membraneuse, il est indiqué de chercher à le refouler dans la vessie et de le broyer sur-le-champ; si cela était impossible, il faudrait le broyer sur place à l'aide des instruments inventés pour broyer les fragments dans le

canal, ou bien employer la curette articulée de Leroy (d'Etiolles) pour ramener le fragment à l'extrémité du canal. Enfin, si la difficulté était par trop grande, il faudrait pratiquer l'opération de la boutonnière.

Il survient quelquefois chez les enfants, mais rarement, ce que nous avons observé à Bicêtre chez les vieillards : c'est une paresse de la vessie, elle ne se contracte pas ; et alors nous nous sommes bien trouvé d'administrer le seigle ergoté, 1 ou 2 grammes par jour. Sous l'influence de l'action de ce médicament, des enfants qui ne pouvaient expulser les calculs broyés après la lithotritie, les rendaient avec une certaine facilité. Il est très-important de ne se décider à employer ce moyen que lorsqu'on est certain qu'il n'y a plus de gros fragments qui s'engageraient dans le col.

Quant à la seconde et aux autres séances de lithotritie, dans lesquelles on doit se conduire comme dans la première, nous les pratiquons à cinq ou six jours et même à plus grande distance. Elles sont plus ou moins rapprochées suivant les circonstances où se trouvent les petits malades après leur première opération.

Si nous avons été assez heureux quelquefois pour broyer un calcul en une ou deux séances chez les enfants, il ne faut pas s'attendre à un semblable résultat toutes les fois que le calcul est un peu volumineux. Aussi, beaucoup de chirurgiens préfèrent encore la taille chez les enfants ; car il faut bien le dire, il y a des accidents graves après la lithotritie, si on la pratique lorsqu'il existe un trop gros calcul. Dans les cas de complications graves de cystite ou de néphrite, les malades succombent.

Quoi qu'il en soit, nous ne sommes pas exclusif et nous pratiquons la lithotritie dans les circonstances où elle n'est pas contre-indiquée.

4° *Pratique de la taille.* — Dans les cas où la lithotritie n'est pas applicable, il faut évidemment faire la taille : chez l'enfant, elle nous paraît indiquée quand la pierre a plus de 12 à 15 millimètres, quand elle est dure, lorsque le corps étranger, par son long séjour, a causé l'altération de la vessie.

Nous avons toujours pratiqué la taille périnéale, et c'est après avoir réfléchi sur tous les procédés, que nous avons préféré cette taille à la taille hypogastrique : nous ne pratiquerions celle-ci chez l'enfant, par exception, que pour un calcul très-volumineux.

Parmi les diverses tailles périnéales, nous aimons mieux la taille bilatérale, parce qu'elle permet d'extraire de très-volumineux calculs, et que, selon nous, elle met mieux à l'abri de la lésion du

rectum et de la lésion du conduit éjaculateur. D'ailleurs, comme le périnée a moins d'épaisseur chez les enfants que chez les adultes, comme chez eux la prostate existe à peine, et qu'enfin la région profonde du périnée offre des vaisseaux moins développés, nous avons par suite de ces dispositions anatomiques plus de chances de succès que chez les adultes.

Préparation à la taille. — Elle consiste à donner quelques bains les jours qui précèdent celui de l'opération ; à faire prendre, la surveille, un léger purgatif pour débarrasser le canal intestinal, un lavement la veille, et un second le matin même de l'opération. Ces injections sont surtout utiles pour que le rectum soit parfaitement libre ; sans cela, on s'expose à blesser cet intestin au moment de l'opération. Le fait suivant témoigne de l'utilité de cette précaution. Un enfant que nous devions opérer avait été purgé, on lui avait donné des lavements ; malheureusement on lui laissa manger une cerise, dont il avala le noyau ; nous opérons, pensant que l'intestin est complétement libre, et au milieu de la manœuvre, au moment ou nous faisons saillir les lames du lithotome, le noyau de cerise qui était descendu dans le rectum est poussé par les efforts de l'enfant. La paroi antérieure du rectum est soulevée, et nous sentons la lame du lithotome porter sur le noyau ; celui-ci sort de suite par la plaie faite à l'intestin.

Manœuvre opératoire. — Un matelas placé sur le bord d'une table ou d'une commode à hauteur d'appui est destiné à recevoir le malade ; un cathéter proportionné ; un bistouri droit et un boutonné ; un lithotome double ; un gorgeret ; des tenettes constituent l'appareil instrumental.

Nous y joignons ce qu'il faut pour employer le chloroforme ; des liens pour fixer le malade ; un brise-pierre dans le cas où le calcul serait trop gros ; une seringue garnie d'une canule de gomme élastique ; une sonde de gomme élastique garnie de rondelles d'agaric pour tamponner momentanément la plaie ; un ténaculum ; des fils à ligatures ; de l'eau, des éponges.

Le malade étant couché sur le dos, le siége très-rapproché du bord du lit, l'opérateur introduit le cathéter avant qu'on n'attache les pieds ; l'instrument une fois introduit, le calcul constaté de nouveau, l'enfant est fixé les pieds dans les mains à l'aide de liens ; on pourrait s'en dispenser en chloroformant le malade ; mais cependant, comme des malades chloroformés se défendent encore quelquefois, il est important de prendre cette précaution.

Les choses ainsi disposées, un aide placé à la droite du malade

fixe le bassin en le pressant sur le lit, deux aides tiennent les genoux appuyés sur leur poitrine, et maintiennent les deux cuisses uniformément fléchies sur le bassin et écartées à égale distance à droite et à gauche; un quatrième aide, placé derrière la tête du malade, est chargé de donner le chloroforme; un cinquième présente les instruments.

L'opérateur, se tenant entre les cuisses du malade, dont le périnée est tourné en face du jour, commence par bien placer le cathéter et le confie à un sixième aide, qui doit le tenir de la manière suivante : debout au côté gauche de l'opéré, il tient le cathéter de la main droite et peut s'aider de la gauche; l'opération se fait d'autant mieux que cet aide maintient le cathéter convenablement; il doit le tenir dans la direction de la ligne médiane du périnée, l'incliner un peu vers la région hypogastrique en faisant saillir légèrement la partie convexe du cathéter, la pressant vers le périnée qu'il doit chercher à faire bomber, en sentant toujours avec la concavité du cathéter l'angle formé par le pubis, afin de ne pas trop presser du côté du rectum que l'instrument pourrait déprimer sur la ligne médiane, ce qui ferait saillir à droite et à gauche l'intestin et l'exposerait ainsi à être blessé.

Le chirurgien, qui a fixé préalablement l'écartement des lames du lithotome de 2 à 3 centimètres, suivant l'étendue du périnée, pratique alors la taille bilatérale, si bien décrite dans les ouvrages de médecine opératoire, que je ne crois pas utile de la rappeler ici; j'ajouterai cependant que, si la pierre est très-volumineuse et ne peut être extraite avec la tenette, je me suis bien trouvé de faire la taille quadrilatérale de Vidal (de Cassis), et que quelquefois le brise-pierre m'a été utile pour diviser la pierre et l'extraire en plusieurs fragments.

Dans ce cas, où l'on extrait la pierre après l'avoir brisée, il est important, en terminant l'opération, de faire dans la vessie des injections d'eau tiède à l'aide d'une seringue garnie d'une canule de gomme élastique introduite dans la plaie. Dans le cas contraire, après l'extraction du calcul, lorsque l'indicateur gauche introduit dans la vessie ne reconnaît rien, il faut s'arrêter.

On porte le malade dans son lit, après avoir épongé la plaie; il doit être couché sur le dos, un rouleau de linge sous les jarrets pour tenir les cuisses écartées et fléchies sur le bassin.

Après l'opération, s'il n'y a que peu d'écoulement de sang, nous donnons un bain tiède de vingt minutes environ, nous le renouvelons souvent le lendemain et le surlendemain, si les choses conti-

nuent à bien se passer. Le jour de l'opération, lorsque le malade souffre une ou deux heures après, nous lui donnons 10 à 12 grammes de sirop de pavot blanc. S'il est bien, nous prescrivons un bouillon ou deux le même jour, et les suivants, des potages, et graduellement nous augmentons chaque jour sa ration alimentaire.

Accidents primitifs.— Lorsque, pendant l'opération, on a ouvert quelque vaisseau donnant du sang à l'extérieur, on peut quelquefois reconnaître le point d'où part l'hémorrhagie et faire la ligature; si l'on ne voit pas d'où vient le sang, il suffit de pratiquer une injection d'eau froide par la plaie. D'autres fois, nous avons introduit une sonde de gomme élastique par le canal de l'urètre jusque dans la vessie et nous avons injecté de l'eau froide qui ressortait par la plaie. Enfin nous avons fait l'application d'une vessie remplie d'eau froide au-devant du périnée ou sur la région hypogastrique.

Tous ces moyens nous ont en général suffi pour arrêter l'hémorrhagie; cependant, dans quelques circonstances, nous avons eu recours à un genre de tamponnement ainsi pratiqué : nous prenons une sonde de gomme élastique courbe sans mandrin de 7 à 8 centimètres de diamètre; nous fixons à 4 ou 5 centimètres des yeux de la sonde deux disques d'agaric un peu plus large qu'une pièce de 5 francs; ces disques, troués au centre, permettent de faire passer la sonde qu'on maintient au point voulu à l'aide de fils cirés qui serrent solidement l'agaric autour de l'ouverture et sur la sonde; de cette manière, on peut introduire le bout de la sonde jusque dans la vessie, l'agaric s'arrête dans le trajet de la plaie et en comprime les parois. On fixe le tout avec des tours de bande qui embrassent le bassin et passent en s'entre-croisant sur le périnée autour de la sonde, dont le bout reste à l'extérieur pour le passage des urines.

Ce genre de tamponnement nous paraît plus doux que celui exercé avec la canule de Dupuytren; nous l'avons employé plusieurs fois. Nous ne l'avons jamais laissé plus de vingt-quatre à quarante-huit heures; en général, cela suffit, et nous n'avons jamais perdu de malades d'hémorrhagie.

Sur les *cent opérations* pratiquées soit à l'hôpital, soit en ville, il nous est arrivé trois fois de blesser le rectum. Cet accident se reconnaît au moment même, au plus tard le lendemain. La plaie peut se fermer naturellement, ce que nous avons observé deux fois; dans le troisième cas, l'enfant est resté avec une fistule vésico-rectale, malgré plusieurs cautérisations faites à des époques plus

ou moins éloignées du moment de l'opération, quinze jours, six semaines et plus.

En général, les suites de la taille sont heureuses. Il y a un peu de fièvre; quelquefois, un jour ou deux après l'opération, l'opéré urine par la verge, cela dépend du gonflement des lèvres de la plaie; mais l'urine ne tarde pas à revenir par l'ouverture du périnée, et lorsque tout va bien, ce n'est que vers le cinquième jour que l'urine revient par la verge. Enfin, du sixième au septième jour, la plaie se resserre, et tous les jours il passe un peu moins d'urine par la plaie et davantage par le canal. Du vingt au vingt-cinquième jour, la plaie, qu'on a animée par quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, diminue et se ferme; les urines passent par l'urètre et l'enfant guérit. C'est là le plus ordinaire, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Accidents consécutifs. — Le soir même ou le lendemain de l'opération, il peut survenir des douleurs à l'hypogastre, principalement dans la région vésicale; dans ces cas, la douleur est causée par la présence d'un caillot dans la vessie, et il suffit d'un cataplasme sur le ventre pour en faciliter l'expulsion; celle-ci accomplie, on voit cesser la douleur et partant la fièvre, dont le caillot était la cause. Nous avons vu un bain être utile dans ces circonstances, aussi quelquefois nous en donnons un le soir même de l'opération, afin de prévenir cet accident. Lorsque l'enfant n'a pas évacué au bout de deux ou trois jours, nous donnons d'abord un peu d'huile de ricin de préférence à un lavement.

S'il survient du frisson, de la fièvre, des envies de vomir, de la sensibilité à la région de la vessie, avec un gonflement et une infiltration de la verge plus ou moins notable, nous redoutons de suite, ce qui arrive quelquefois, une inflammation du tissu cellulaire du petit bassin, et par suite la péritonite. Nous prescrivons alors hardiment un plus ou moins grand nombre de sangsues que nous faisons appliquer soit au périnée autour de la plaie, soit à l'hypogastre; puis des cataplasmes ou des fomentations sur le ventre, les onctions avec l'onguent napolitain belladoné, les bains tièdes, les purgatifs; en un mot, un traitement antiphlogistique proportionné à la force de l'enfant. Nous ajoutons une potion contenant 1 et même 2 grammes d'alcoolature d'aconit à prendre dans les vingt-quatre heures pour prévenir les effets de la résorption purulente. Nous avons été assez heureux pour sauver quelques malades par l'emploi de ces moyens, mais malheureusement pas tous. Sur nos cent enfants opérés par la taille, nous en avons perdu quatorze; six

ont succombé à des maladies intercurrentes, scarlatine, croup, pneumonie; mais les huit autres sont morts tous avec une inflammation du tissu cellulaire du petit bassin, inflammation partant du col de la vessie, se propageant au péritoine abdominal, et dont les altérations ont été constatées à l'autopsie. Ajoutons que, dans nos autopsies, nous avons pu reconnaître que nous n'avions pas blessé les canaux éjaculateurs. Nous devons dire que nous avons revu quelques-uns de nos opérés alors qu'ils avaient atteint l'âge de vingt et un ans et vingt-quatre ans; ils nous ont appris qu'ils remplissaient très-bien leurs fonctions génitales.

En résumé, nous devons reconnaître et dire :

1° Que, par la *taille,* sur cent opérés nous en avons perdu quatorze : huit d'accidents dépendant de l'opération, inflammation du tissu cellulaire du petit bassin et même cystite accompagnée de néphrite; six de maladies intercurrentes, rougeole, scarlatine, pneumonie, etc.; que sur trois fistules rectales, suite de la taille, deux ont guéri, une a persisté; qu'à notre connaissance, deux fistules périnéales existent encore; que trois de nos petits opérés sont restés affectés d'une incontinence d'urine plus ou moins notable.

2° Que la *lithotritie* pratiquée quarante fois (trente-cinq garçons et cinq filles) nous a donné sept morts, dont quatre produites par des maladies intercurrentes, croup, scarlatine, et trois seulement du fait de l'opération. Dans l'un de ces derniers cas, la mort fut due à une cystite consécutive au pincement de la vessie, et dans les deux autres elle fut également la conséquence de cystites intenses avec inflammation des uretères et des reins. Ajoutons que les suites des lithotrities pratiquées pour des calculs volumineux qui ont nécessité quatre, cinq et sept séances, nous ont donné de grandes inquiétudes, à cause des accidents inflammatoires produits, et par les difficultés souvent occasionnées par l'extraction de calculs engagés dans l'urètre. Mais n'oublions pas de dire qu'à la suite de nos lithotrities nous n'avons pas eu d'incontinence d'urine, et que nos petits opérés se trouvaient à l'abri de tout danger de fistule urinaire.

Nous croyons donc, par le résultat de notre pratique, qu'il sera utile de propager l'emploi de la lithotritie chez les enfants en se tenant dans les limites que nous avons indiquées, mais que longtemps encore il faudra pratiquer de préférence la taille, lorsqu'il y aura des calculs volumineux et des complications d'inflammation de l'appareil urinaire.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur les préparations pharmaceutiques de la fougère mâle.

La fougère mâle est, sans contredit, un anthelmintique des plus puissants. Ses effets thérapeutiques ont été constamment signalés, et cependant les thérapeutistes ne sont pas du même avis. Les uns vantent beaucoup la poudre du rhizome; les autres croient peu à ses effets; d'autres préfèrent l'extrait alcoolique; d'autres ne considèrent comme agent réel que l'huile éthérée, désignée souvent sous le nom d'*extrait éthéré;* et d'autres, enfin, pensent que la poudre est préférable pour expulser le ténia à anneaux larges ou bothriocéphale, et que l'huile éthérée convient mieux pour chasser les ténias à anneaux longs, *tænia solium*, *tænia nana.*

Cette divergence dans l'opinion des thérapeutistes nous a paru difficile à concilier; car, si l'huile est efficace, le rhizome doit l'être nécessairement, et l'extrait alcoolique ne peut pas être inactif. Cela est facile à concevoir, lorsqu'on étudie les préparations pharmaceutiques de la fougère.

Le meilleur procédé pour préparer l'extrait alcoolique consiste à mettre de l'alcool à 80 degrés centésimaux dans un vase, à laisser tomber la poudre sur l'alcool, à abandonner le vase jusqu'à ce que l'air qui est interposé entre les particules de la poudre ait été chassé par l'alcool, et que le tout forme une bouillie claire, entièrement privée de bulles d'air. Alors on verse cette bouillie dans un appareil à lixiviation, et l'on procède au déplacement avec de l'alcool au même degré centésimal. Après cela, on distille pour recueillir la plus grande partie de l'alcool, et l'on fait évaporer le résidu de la distillation au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait sec, que l'on réduit en fragments de la grosseur de pilules de 10, 15, 20 centigrammes à peu près. On l'introduit dans un flacon à l'émeri, à large ouverture, qu'on bouche après avoir enduit le bouchon d'une légère couche de graisse populinée.

Cet extrait est rougeâtre. Son odeur, qui est caractéristique, est plus forte que celle de la poudre; elle rappelle celle des champignons. Sa saveur, d'abord astringente, devient d'une très-grande âcreté. Il ne se dissout pas entièrement dans l'eau; le résidu est même assez considérable et ne contient aucun principe huileux. Sa dissolution aqueuse précipite en vert les sels de fer au maximum, et ne précipite pas immédiatement les sels au minimum; seulement,

après un certain temps, il se forme un précipité qui colore le liquide en noir.

Quand on traite cet extrait avec de l'éther, la dissolution est d'un rouge brun, et l'extrait que l'on obtient après l'évaporation de l'éther, se présente sous la forme d'une matière brunâtre à reflet rougeâtre. Son odeur est plus intense que celle de l'extrait alcoolique, et sa saveur a plus d'âcreté.

Si l'on fait un extrait avec la matière qui n'a pas été dissoute par l'éther, cet extrait a une saveur douce et astringente, elle excite les glandes salivaires et produit la sensation d'un corps qui contient de la saponine. Son action sur les sels de fer est semblable à celle de l'extrait alcoolique. La fougère contient donc du tannin et de l'acide gallique.

La préparation de l'huile éthérée ne présente pas plus de difficulté que celle de l'extrait alcoolique.

On introduit la poudre dans une allonge à lixiviation, on verse de l'éther et on fait le déplacement avec de l'éther. Cependant, il est quelquefois utile d'agiter la poudre dans l'allonge avec un fil métallique, parce que la poudre se tasse, ralentit l'écoulement et ne serait pas épuisée convenablement. Après cela, on distille pour recueillir l'éther, on lave la cornue avec de l'éther pour dissoudre l'huile qui adhère à ses parois, on verse le tout dans une capsule de porcelaine, on abandonne l'huile dans une étuve jusqu'à ce qu'elle ne contienne plus de liquide aqueux, et on la filtre à l'étuve. On peut aussi faire l'évaporation au bain-marie; ajoutez un peu d'amidon, 5 grammes par 500 grammes d'huile, pour absorber l'humidité et filtrez à l'étuve. La perte est insignifiante.

Cette huile est brune, épaisse, à reflet jaune verdâtre sur les bords de la capsule. Son odeur est celle des champignons; sa saveur est douce, puis très-âcre.

Quand on la traite avec de l'alcool à 70 degrés centésimaux, l'alcool se colore en rouge et l'huile a alors une odeur fade et une saveur douceâtre accompagnée d'une légère âcreté. Si l'on fait évaporer le liquide alcoolique, on obtient une matière résinoïde qui a la plus grande analogie avec celle qui provient de l'extrait alcoolique.

Si l'on fait sécher la poudre épuisée par l'éther, et si on la traite dans un appareil à déplacement avec de l'alcool à 80 degrés centésimaux, on obtient une certaine quantité d'extrait qui a toutes les propriétés de l'extrait alcoolique; il contient moins de matière résinoïde.

Si l'on traite par l'éther la poudre épuisée par l'alcool à 80 de-

grés centésimaux, on obtient de l'huile éthérée ; mais cette huile ne contient point de matière résinoïde, car l'alcool à 70 degrés centésimaux ne se colore pas lorsqu'on le met en contact avec cette huile.

Des faits que nous venons d'exposer, il ressort évidemment que l'alcool dissout mieux les principes résinoïdes du rhizome de la fougère mâle que l'éther, et qu'il ne dissout pas de matière huileuse ;

Que l'éther dissout la matière grasse avec de la matière résinoïde, et qu'elle abandonne cette matière résinoïde à l'alcool à 70 degrés centésimaux ;

Que les médecins qui préfèrent l'extrait alcoolique ne sont pas dans l'erreur;

Qu'en administrant l'huile éthérée on ne fait pas prendre plus de matière résinoïde qu'en administrant l'extrait, toutes choses étant égales d'ailleurs ;

Que le principe actif de la fougère mâle doit résider dans la matière résinoïde ;

Et que l'on obtiendrait un résultat plus positif en employant cette matière résinoïde.

La dose de cette matière résinoïde est de 1 à 2 grammes. On peut la prescrire en potion, en électuaire ou en pilules.

Potion.

Pour préparer la potion on fait dissoudre la matière résinoïde dans une petite quantité d'alcool à 70 degrés centésimaux, on ajoute 10 grammes de gomme arabique, on fait le mucilage avec 30 grammes de sirop de sucre et on délaye le tout dans 100 grammes d'une émulsion faite avec 40 grammes de semences de citrouille.

Electuaire.

Pr. Matière résinoïde de fougère mâle.	1 à 2 grammes.
Poudre de réglisse..............	4 à 8 grammes.
Alcool et sirop..................	Q. S.

Dissolvez la matière résinoïde dans une petite quantité d'alcool à 70 degrés centésimaux, ajoutez la poudre, triturez et versez du sirop de sucre pour obtenir un électuaire.

Pilules.

Pour préparer des pilules on emploie les mêmes substances, plus 40 ou 80 centigrammes de gomme arabique, et un peu de sirop seulement. Deschamps (d'Avallon) et Collas.

Observation pratique sur la préparation des pilules et d'une gelée de copahu.

Le thérapentiste a plusieurs modes de prescrire le copahu pur; il le fait renfermer dans des capsules gélatineuses, mêler à des liquides pour en faire des potions, unir à des poudres simples ou composées afin de lui donner la forme de bols, de dragées, d'opiat, de pilules.

On préfère généralement la forme pilulaire, c'est celle qui est la mieux acceptée par les malades.

Le copahu solidifié avec un seizième de son poids de magnésie calcinée donne des pilules d'une manipulation facile et d'une action médicamenteuse toujours certaine. Malheureusement le baume solidifiable est très-rare dans le commerce; il faut lui ajouter une plus grande quantité de poudre absorbante pour obtenir une masse pilulaire convenable, et alors sa division est longue et difficile.

Nous proposons, pour obvier à cet inconvénient, d'ajouter au mélange une certaine quantité de gomme arabique; la proportion suivante remplit l'indication :

Pr. Baume de copahu....................	15 grammes.
Eau ordinaire......................	15 grammes.
Gomme arabique en poudre..........	8 grammes.

Emulsionnez les trois substances dans un mortier de porcelaine, ajoutez par petites portions du carbonate de magnésie ou du poivre de cubèbe pulvérisé en suffisante quantité pour obtenir un mélange malléable. Lorsque les pilules sont faites, on les expose à l'air pour leur faire perdre toute l'eau qu'elles contiennent.

Lorsque le baume de copahu doit être prescrit sans addition d'aucune autre substance active, on peut employer la farine de froment comme poudre absorbante; de même nous avons vu l'addition des poudres suivantes réussir admirablement à faire cesser des écoulements blennorrhagiques :

Poivre de cubèbe..................	20 grammes.
Cachou...........................	20 grammes.
Sulfate d'alumine..................	3 grammes.
Oxyde rouge de fer................	3 grammes.

Pour des pilules de 30 centigrammes, que l'on recouvre de sucre, ou d'un vernis fait avec le baume de Tolu.

Un médecin nous ayant demandé une gelée faite avec le baume de copahu, nous l'avons composée de la manière suivante :

Pr. Baume de copahu..................	30 grammes.
Blanc de baleine..................	10 grammes.

On chauffe les substances au bain-marie, puis on les aromatise avec :

Essence de menthe................. 6 gouttes.

Cette gelée se prend dans du pain azyme. Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Un dernier mot à propos du vaccin primitif.

Mon cher ami, dans mon mémoire sur les *Nouveaux moyens de production du vaccin,* publié dans vos livraisons des 15 et 30 avril dernier, j'ai parlé des vaccinations faites avec le cowpox variolique de M. Ceely, et j'ai rapporté le témoignage de M. Gregory à ce sujet, d'après son mémoire inséré dans les *Transactions médico-chirurgicales* de 1841. Je dois à l'obligeance de notre collègue, M. Giraldès, l'indication d'un autre document sur les faits observés par M. Gregory : c'est le compte rendu de la séance de la Société médicale et chirurgicale dans laquelle son mémoire fut présenté. Ce compte rendu se trouve dans le tome XXVII de la *London medical Gazette,* numéro du 5 février 1841. Il me paraît utile d'en placer un extrait sous les yeux de vos lecteurs pour compléter les renseignements contenus dans mon mémoire.

On voit, dans ce compte rendu, que des explications sur différents points furent échangées entre M. Gregory et plusieurs membres de la Société, parmi lesquels figure M. Ceely lui-même. M. Gregory exposa dans cette discussion que les boutons obtenus à l'hôpital de la variole avec le vaccin varioleux de M. Ceely différaient de l'ancienne vaccine, en ce que la rougeur de l'aréole était d'une intensité remarquable, et en ce qu'il y avait un petit point vert au centre de la vésicule, de sorte que, si l'ancienne vaccine peut être comparée à une perle au milieu d'une rose, la nouvelle ressemble plutôt à une émeraude au milieu d'une perle enchâssée dans une rose. En outre, les symptômes locaux et généraux étaient plus prononcés qu'avec l'ancien virus. M. Gregory ajouta, dans une réplique à M. Ceely, que ce nouveau virus avait des effets moins constants que l'ancien ; que les sujets vaccinés avec ce dernier lui rapportaient toujours les mêmes pustules au bout de huit jours, tandis qu'il n'y avait pas la même régularité dans les produits successifs du virus de M. Ceely, qui pouvait, par exemple, développer une vaccine intense sur les premiers sujets inoculés, puis une vac-

cine bénigne chez ceux qui en recevaient la lymphe huit jours après, et de nouveau une vaccine grave chez d'autres, à qui ceux-ci la transmettaient huit jours plus tard. Cette particularité, suivant M. Gregory, rapprocherait le *variolo-vaccin* du virus varioleux, qui peut aussi donner une maladie d'un autre degré que celle dont il provient. Ce médecin concluait qu'il fallait de nouveaux faits pour établir l'identité complète de la *variolo-vaccine* et de la vaccine ordinaire.

Bien que cette opinion ne soit pas tout à fait d'accord avec celle que l'auteur a exprimée dans son mémoire, elle est encore éloignée de celle que lui a prêtée M. Verheyen, et l'on remarquera qu'aucun des véritables caractères de la variole inoculée n'est indiqué dans le récit que M. Gregory a fait du résultat de ses vaccinations avec le virus de M. Ceely.

BOUVIER,
Médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Trois observations de tétanos traumatique guéri par l'emploi de bains chauds et prolongés.

En tête des maladies dont les praticiens voient apparaître les premiers indices avec la crainte la plus vive, nous n'hésitons pas à inscrire le tétanos traumatique, cela moins à cause de son cortége si effrayant de symptômes que de l'incertitude des moyens thérapeutiques qui peuvent lui être opposés. Les guérisons sont encore si peu nombreuses, que tout chirurgien assez heureux pour en obtenir un exemple se hâte de le publier. Ma communication ne sera pas reçue avec moins d'intérêt, puisqu'elle vient retracer trois nouveaux cas de succès. Ils ont été obtenus par l'emploi des bains chauds et longtemps prolongés; dans le premier cas où je les ai expérimentés, les opiacés et les autres médications habituellement recommandées s'étaient montrées insuffisantes.

Voici les faits :

Le nommé Cras (Guillaume), âgé de trente-deux ans, employé aux travaux du port Napoléon, d'un tempérament nerveux, d'une constitution moyenne, est pris, le 6 juillet 1861, sous un éboulement. La main gauche est labourée par les décombres; le médius est lacéré, ses parties molles sont écrasées, mais les phalanges et leurs articulations sont respectées. Il n'en est pas de même de l'annulaire, qui ne présente plus qu'un lambeau informe. La première et la seconde phalange sont en plusieurs fragments. L'articulation métacarpo-phalangienne a pris part à ce désordre et contient nombre d'esquilles aiguës. Ce doigt ne tient plus que par deux laniè-

res, l'une antérieure et l'autre postérieure; deux faciles coups de bistouri réduiraient cette blessure grave à l'état de plaie simple. C'est ce que je propose au malade. Il s'y oppose obstinément. Force m'est donc d'essayer une conservation que je croyais impossible, et la main est mise sous un appareil à irrigation continue; elle y reste huit jours, et un travail d'abord d'élimination, puis de réparation, marche avec une rapidité surprenante. Le dix-huitième jour il ne restait plus qu'une plaie simple, si bien que je me réjouissais hautement de ce résultat inattendu. Mais voici qu'à ma visite du lendemain le malade peut à peine ouvrir la bouche pour me répondre; le cou est raide et renversé en arrière. Je fais couvrir la plaie, qui n'avait plus que très-peu de surface, de sulfate de morphine et je prescris une potion contenant 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, à donner d'heure en heure. A ma visite du soir, les manifestations tétaniques ont progressé. Cras n'avale plus qu'avec difficulté. Tous les muscles des gouttières vertébrales et ceux de l'abdomen sont d'une roideur extrêmes. Continuation de la poudre morphinée sur la plaie; 10 nouveaux centigrammes d'extrait thébaïque dans un julep gommeux de 60 grammes. Le lendemain, l'état s'aggrave encore; roideur universelle et très-prononcée; sueurs abondantes. J'abandonne les opiacés et je m'adresse au tartre stibié : 40 centigrammes sont administrés dans les premières vingt-quatre heures, et passent à travers l'intestin comme à travers un tube inerte; pas même de nausées, pas de diarrhée; le jour suivant, puis un autre jour encore, même dose de tartre stibié, même inertie, même insuccès. Je fais simultanément des inhalations de chloroforme matin et soir. Le tétanos semble marcher fatalement à une issue funeste. Je ne sache pas de spectacle plus pénible à voir. Le malade ne peut plus avaler; il est là, sur son lit, les mâchoires serrées, le corps renversé en arc, couvert d'une sueur profuse, tous les muscles tendus. Je me décide à demander aux bains chauds prolongés ce qu'ils peuvent me donner. Je prescris de le plonger dans une baignoire contenant de l'eau à 36 degrés, de l'y laisser le plus longtemps possible, sans fixer de limites. Le premier jour, Cras ne put y rester qu'une heure trente minutes, et une syncope était imminente lorsqu'on le retira. Mais pendant qu'il y était, il put très-légèrement desserrer les mâchoires et avaler deux cuillerées de bouillon. Sorti du bain, le trismus devint de nouveau insurmontable. Le lendemain, deuxième bain de deux heures. Les mâchoires se desserrent pendant une demi-heure, mais assez seulement pour passer un peu de bouillon. A dater de cette époque, Cras a pris chaque jour, pendant quatorze jours, un bain chaud de

deux à quatre heures. Les premiers jours, le trismus seul était vaincu, et pendant la durée du bain seulement, puis peu à peu les muscles se sont assouplis. Après le septième bain, une éruption miliaire a couvert tout le cou et le haut de la poitrine. Cras est sorti parfaitement rétabli, le quarante-huitième jour de son entrée à l'hôpital.

Ce fait est remarquable sous bien des rapports : conservation inespérée d'un doigt presque détaché, à tel point que c'est pour ainsi dire un cas de greffe humaine ; guérison, par des bains chauds prolongés, d'un tétanos traumatique non partiel, mais général, après avoir vu échouer des médications réputées heureuses quelquefois.

Voici un second cas où les bains chauds prolongés ont été employés d'emblée et sans aucun essai préalable d'une médication quelconque.

Le nommé Riou (Louis-Marie), âgé de vingt-six ans, indigent, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, est porté à l'hospice civil, le 22 août 1863. Il est déjà en proie à un tétanos généralisé, dont tout chirurgien ne connaît que trop le cortége d'effrayants symptômes : trismus complet, renversement du corps en arrière, roideur invincible des muscles des membres et du tronc. Les hommes qui l'ont porté à l'hôpital racontent que, seize jours avant, il était tombé sur la tête et s'était fait une plaie contuse fermée depuis quelques jours. Nous voyons, en effet, une cicatrice récente à la région pariétale droite. C'est la veille que les symptômes tétaniques ont pris naissance. Nous n'hésitons pas à plonger le malade dans un bain à 38 degrés. Il y reste plus de deux heures et s'y trouve très-bien. Mais les mâchoires ne se desserrèrent point, les muscles ne se sont pas détendus. Le lendemain, bain de trois heures, desserrement léger des mâchoires. On peut glisser deux cuillerées de bouillon ; dès ce jour l'état est allé s'amendant.

A dater de son entrée à l'hospice, Riou a pris vingt-neuf bains. L'amélioration a été lente, mais progressive et bien accusée. Le huitième jour, une éruption miliaire a couvert tout le corps, en commençant par le haut du tronc. Après le onzième bain, Riou a demandé grâce, fatigué qu'il était ; j'ai persisté, et Riou a pris sans interruption ses vingt-neuf bains, dont le plus court n'a pas été de moins de deux heures, et le plus long a duré plus de quatre heures et demie. Il est sorti de l'hospice, parfaitement rétabli, le 31 octobre.

Ce tétanos était aussi complet, aussi terrible que celui de Cras. Il est remarquable par l'unité de la médication qui en a triomphé.

Comme chez Cras, une éruption miliaire a paru après le premier septénaire de bains.

Le troisième fait ne nous offrira pas moins d'intérêt que celui que nous venons de citer.

Le nommé Tougne (Jean), âgé de quarante et un ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament mixte, nervoso-sanguin, ouvrier du chemin de fer, tombe le 25 décembre 1863 d'une hauteur d'environ 3 mètres. Sa tête porte sur l'angle d'une marche en pierre et il se fait derrière l'oreille droite une vaste plaie à lambeau en forme d'arc à convexité supérieure, dont la corde mesure 6 centimètres. Cinq points de suture entortillée y sont pratiqués.

Le 28, à six heures du soir, Tougne se rendit à l'hospice civil seul et à pied. Il était en proie à un trismus assez intense pour permettre à peine l'introduction dans la bouche d'un tube de petite dimension afin d'y faire parvenir les liquides.

Potion avec extrait thébaïque, 10 centigrammes. Le lendemain, à ma visite, les mâchoires sont plus serrées; la langue est mâchée; le cou est fortement renversé en arrière; les extrémités inférieures, les muscles de la colonne vertébrale, ceux de l'abdomen sont arrivés au paroxysme de la roideur tétanique.

Un bain chaud prolongé à 38 degrés; le malade y reste deux heures. Le 30 et le 31 même prescription; pas d'amélioration sensible, si ce n'est qu'au moyen d'une cheville en bois on parvient à tenir les mâchoires suffisamment écartées pour que le malade ne se morde plus la langue et pour faire passer quelques cuillerées de bouillon, et le soir une cuillerée à café de sirop de morphine, destiné à combattre l'insomnie qui fatigue le malade. Tougne est tellement roide et arqué, que c'est à grand'peine que, vu sa grande taille et sa force, on arrive à le mettre et à le maintenir dans la baignoire. Il supporte difficilement les bains ; nonobstant il en a pris treize, dont le plus court a été de une heure quarante minutes et le plus long de trois heures trente minutes. Je ne répéterai pas les phases de décroissance qu'a parcourues le malade, elles ont été comme celles des deux malades précédents. Il n'y a pas eu d'éruption miliaire. Vingt-deux jours après son entrée à l'hospice, Tougne ne présentait plus aucun symptôme de tétanos.

Ces trois cas de tétanos complet, bien confirmé, sont les seuls qui se soient présentés à l'hospice civil de Brest depuis quatre ans que j'y suis chargé du service des hommes. Tous trois ont guéri par l'emploi des bains prolongés de 36 à 38 degrés centigrades. Cette médication n'est peut-être pas nouvelle : Bégin indique, dans son

Traité de pathologie, les bains parmi les moyens conseillés pour combattre le tétanos. Fournier-Pescay en parle aussi, en ajoutant qu'il serait bon d'employer simultanément les affusions d'eau froide sur la tête, mais il ne parle que de bains de quarante-cinq minutes à une heure. Je ne connais du reste aucun cas relaté avec détails de guérison obtenue par les bains tièdes ou chauds prolongés. Quoi qu'il en soit, ceux que je livre à la publicité formeront toujours un apport sérieux à l'avoir de la thérapeutique du tétanos.

Cette médication n'est pas toujours facilement acceptée par les malades, ni facilement appliquée. Elle constitue souvent une fatigue pour le patient, et la roideur générale du corps est une grande difficulté pour son immersion dans l'eau. Il faut s'armer de courage, de persévérance et de patience et donner ces bains à la température de 36 à 38 degrés centigrades. Ils demandent une grande surveillance, afin d'entretenir l'eau à la même température et d'y maintenir le malade. Au sortir du bain, je les faisais envelopper d'une simple couverture de laine et transporter ainsi dans leur lit; ce n'était que trois ou quatre heures après qu'on leur passait leur linge, quand faire se pouvait.

Cette médication aura-t-elle souvent du succès? je l'ignore. Avant de l'employer, j'avais donné des soins, dans un autre milieu qu'à Brest, à trois tétaniques également. Traités par des médications diverses, ils ont succombé. Ceux-ci ont guéri sans exception, c'est tout ce que je puis dire.

Dr DE LÉSÉLEUC,
Médecin de l'hospice civil de Brest.

Traitement des rétrécissements urétraux par la galvanocaustique chimique.

Les divers modes de traitement des rétrécissements urétraux offrent à apprécier des résultats prochains et des résultats éloignés. Aucune des méthodes recommandées jusqu'ici n'a fait ses preuves à ce dernier point de vue; pour aucune il n'a pu être bien établi que, la dilatation de l'urètre une fois obtenue, la guérison fût durable. On me permettra donc, ayant à proposer une méthode dont l'application est toute récente, de m'en tenir pour aujourd'hui à ses effets immédiats, laissant intacte la question de ses résultats éloignés.

Deux méthodes seulement, parmi celles employées jusqu'ici, restituent immédiatement à l'urètre un calibre suffisant pour permettre à la miction de s'effectuer sans qu'il soit besoin de recourir à

l'emploi des sondes : celle de M. le baron Heurteloup, que je crois être une excision, mais que son auteur n'a pas cru devoir faire connaître, et celle de M. Whately, qui détruit l'obstacle à l'aide d'un petit fragment de potasse enchâssé dans l'extrémité d'une bougie de cire. La méthode de Whately, promptement abandonnée en Angleterre, n'a pas été adoptée en France, en raison des dangers que présentait l'usage d'un caustique dont l'action ne pouvait pas être limitée aux parties à détruire. C'est en songeant à en perfectionner le manuel que je me suis trouvé conduit à conseiller d'abord [1] de recourir à la galvanocaustique chimique négative pour détruire l'obstacle formé par le rétrécissement, et à exécuter ensuite, avec le concours de M. Mallez et sur un de ses malades, l'opération dont la relation suit :

Obs. M. D***, soixante-deux ans, sous-chef à l'octroi de Paris, n'a eu qu'une blennorrhagie à l'âge de vingt ans. Depuis plus de dix ans, il urine difficilement. Après plusieurs années pendant lesquelles les envies d'uriner sont devenues de plus en plus impérieuses et fréquentes, est survenue une incontinence. Celle-ci persiste depuis dix-huit mois, obligeant le malade à porter un urinal. Enfin l'état général est devenu assez fâcheux pour mettre M. D*** hors d'état de continuer son service, et son infirmité lui a fait perdre son emploi.

Le 2 mai 1864, M. D*** vient à la clinique de M. Mallez, qui, explorant l'urètre avec une bougie en gomme, est arrêté devant un obstacle siégeant à la fin de la portion spongieuse, à l'union de cette partie avec le bulbe. Le toucher rectal indique une prostate hypertrophiée sans déformation.

On essaye vainement pendant vingt minutes de faire pénétrer dans la vessie une bougie conique de 1 millimètre de diamètre (n° 3 de la filière Charrière) ; ces tentatives de cathétérisme sont suivies de la sortie de quatre à cinq gouttes de sang. Dans la crainte de fatiguer le malade, et pour éviter de provoquer des accidents fébriles par de longues manœuvres faites dans un canal non accoutumé au contact des instruments, vu d'ailleurs le manque d'urgence d'ouvrir une plus large issue à l'urine, on remet à quelques jours les nouvelles tentatives à faire pour franchir le rétrécissement, et on prescrit un bain.

Le 6, après trois quarts d'heure de tâtonnements, M. Mallez fait pénétrer dans la vessie la bougie conique de 1 millimètre de dia-

(1) *Annales de l'électrothérapie.* Janvier 1863.

mètre : elle est laissée en place quelques instants, puis retirée. On prescrit de nouveau un bain.

Le 9 mai, après avoir introduit, puis retiré cette même bougie de 1 millimètre de diamètre, nous procédons à l'opération, en présence de MM. les docteurs Payrand et Costalès. M. Mallez introduit jusque contre la face antérieure du rétrécissement une sonde nº 18, ouverte aux deux bouts, et renfermant un mandrin dont l'extrémité olivaire ferme comme embout l'ouverture de la sonde. Nous mettons l'extrémité opposée du mandrin en rapport avec le pôle négatif d'une pile de douze couples faibles; le circuit est fermé sur la cuisse gauche du malade. Bientôt survient une sensation de cuisson; dès qu'elle diminue, nous poussons légèrement le mandrin et cautérisons ainsi petit à petit une étendue de plus d'un centimètre. Au bout de cinq minutes environ, la continuité du circuit est rompue et l'électrode urétral retiré.

La sonde, bien maintenue contre le rétrécissement, n'avait fait que suivre la route ouverte par l'olive du mandrin, progressant lentement, sous l'effort de pressions douces répétées chaque fois que la sensation de cuisson s'affaiblissait. Aussitôt après l'opération, deux bougies coniques, nºs 19 et 20, peuvent être facilement introduites sans déterminer l'apparition d'aucune trace de sang. Le malade urine aussitôt à plein jet. Aucune fièvre. Depuis ce moment, la miction a toujours été facile. D'autre part, l'incontinence a si bien cessé que, le 13, M. D*** est revenu à la clinique avec son urinal dans sa poche. Ce jour-là, une bougie nº 20 est introduite sans difficulté.

Le 21, tout continuait à aller parfaitement, et M. D*** commençait des démarches en vue de se faire réintégrer dans son emploi.

Les piles les plus convenables pour l'opération qui vient d'être décrite sont, à mon avis, celles de douze à quinze couples de moyenne dimension chargés au sulfate de plomb additionné d'un peu de chlorure. Celle dont nous avons fait usage était une pile de MM. Marié Davy et Benoist au bisulfate de mercure; mais elle était chargée depuis longtemps, les vases extérieurs contenaient peu d'eau, et j'ai eu soin d'affaiblir l'intensité du courant en établissant le contact sur la cuisse avec interposition d'une couche un peu épaisse de papier mouillé.

Sans être en mesure de se prononcer d'une manière absolue sur les résultats ultérieurs de cette opération, on peut affirmer *à priori* qu'ils seront meilleurs que ceux obtenus à la suite des cautérisa-

tions acides qui ont été si longtemps en faveur, ou de la galvanocaustique thermique préconisée dans ces derniers temps.

BIBLIOGRAPHIE.

Influence de la physiologie moderne sur la médecine pratique, par M. A. Berne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, membre titulaire de la Société de médecine de la même ville, etc. et M. Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, membre titulaire de la Société de médecine, etc.

A une de ces époques néfastes, où des projets de réforme germaient sous les crânes les plus épais, un novateur éminemment radical, ayant imaginé une constitution pour son pays, la commençait ainsi : Article 1er. *Il n'y a plus rien*... A entendre quelques chimistes, quelques physiologistes même, la médecine qui va sortir de leurs élucubrations doit être renouvelée de fond en comble, et ils inscriraient, eux aussi, volontiers sur le drapeau dont les plis, flottant aux vents de l'avenir, doivent resplendir des principes de la science nouvelle, ces mots insolents : *Il n'y a plus rien*. Bien que, dans le livre dont nous allons parler, MM. Berne et Delore se fussent assigné la tâche difficile de nous dérouler le tableau de l'influence de la physiologie moderne sur la médecine, et que cette oraison funèbre sommaire de la vieille science ait dû plus d'une fois les tenter, ne fût-ce que comme effet de style et pompons assez bien portés, nous n'avons jamais craint qu'ils se soient laissé aller à cette pente dangereuse, et où l'on ne rencontre en somme que les casse-cou et les enfants terribles de la science. Esprits sobres et sensés, praticiens attentifs qui ont pu vérifier au contact des faits quelques-uns des grands principes traditionnels qui sont encore à l'heure qu'il est et resteront toujours, parce que les lois de la nature ne changent pas, les fondements de la médecine, la lumière de la science qui se lève ne les éblouit pas : elle ne fait, comme pour tous les esprits bien faits, qu'étendre la perspective et dissiper les ombres mêlées aux simples lueurs, si vous voulez, mais aux lueurs de la science traditionnelle. La physiologie, — qui oserait le nier? — en sortant de la spéculation pour ne prendre pour boussole désormais que l'observation et l'expérimentation, qui n'est que l'observation disciplinée et devenue comme une nouvelle faculté de l'intelligence humaine, la physiologie, disons-nous, a fait de nos

jours d'immenses progrès; et, ainsi que nous le disions ici même il n'y a que quelques jours, celui qui, comme nous, a passé le demi-siècle, a plus à désapprendre de cette science, telle qu'on l'enseignait à l'époque de nos études, qu'à s'en souvenir. Mais cela n'est vrai d'une manière absolue qu'à considérer cette science en elle-même; car si, dans quelques-unes de ses applications à la médecine, il est incontestable qu'elle ait répandu de brillantes clartés sur quelques-unes des questions qu'elle se pose, elle ne saurait prétendre à la recommencer, si nous pouvons ainsi dire, parce que la médecine, elle aussi, est nécessairement une expérience, une expérimentation même quelquefois, et qu'à ce double titre, si le bien auquel elle aspire, elle peut y atteindre, étant données les facultés de l'esprit avec ses puissances réelles et ses défaillances, elle a dû nécessairement sur plusieurs points au moins en approcher. Il en a été réellement ainsi, et tout en nous maintenant le droit de rire des culottes de nos grands-pères, comme le dit un critique quelque peu humoristique, reconnaissons que nous avons retenu une bonne partie de leurs vêtements, et que nous vivons encore plus du passé que du présent, que de l'avenir surtout, qui n'a pour nous que la réalité équivoque du mirage.

Il nous serait facile, en nous tenant à ce point de vue et en parcourant le tableau des progrès de la physiologie, tel que le présentent nos savants confrères de Lyon, MM. Berne et Delore, il nous serait facile, disons-nous, de montrer que sur beaucoup de ces points l'expérience médicale a plus d'une fois devancé les enseignements de la physiologie moderne quant aux applications pratiques, lorsque ces applications, ce qui arrive quelquefois, ne l'emportent pas sur les inductions mêmes de cette science; mais ce serait faire de la controverse et ce n'en est pas le lieu ici. Afin de nous maintenir dans les limites que nous devons nous tracer dans cette courte notice bibliographique, nous nous contenterons donc d'indiquer d'un trait rapide les principaux points qu'ont touchés ces laborieux auteurs pour montrer l'influence qu'ils avaient à déterminer et dont une de nos plus intelligentes sociétés savantes avait fait le texte d'un concours.

Une des plus importantes questions qu'ils eussent à traiter, au point de vue éminemment philosophique où l'Académie impériale des sciences de Toulouse s'était elle-même placée pour déterminer l'objet de ce concours, c'était assurément la question relative à l'hygiène, mais surtout à la physiologie de l'appareil digestif. Nous ne dirons rien de la première partie de cette question : MM. Berne et

Delore n'ont guère fait que l'effleurer; si, non contraints de se borner, ils eussent pu lui donner tous les développements qu'elle comporte, ils n'auraient eu rien à faire de mieux qu'à puiser à pleines mains dans le très-remarquable ouvrage de M. Fonssagrives sur *le Régime alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires*. L'ouvrage du professeur de Brest a une beaucoup plus grande portée; mais les enseignements de la science moderne sur l'hygiène alimentaire proprement dite y sont esquissés de main de maître et avec une sagacité qui sait toujours démêler le progrès réel au milieu des erreurs prétentieuses qui en prennent le masque. Mais, si les médecins de Lyon glissent rapidement sur ce point, ils appuient davantage sur la physiologie de l'appareil digestif, en montrant moins compendieusement l'influence que les recherches de cet ordre ont exercée ou exerceront dans l'avenir sur la pathologie de cet appareil important de l'organisme vivant. Nul plus que nous ne fait cas des recherches laborieuses auxquelles chimistes et expérimentateurs physiologistes se sont livrés sur la part qui revient aux liquides de sécrétions diverses, telles que salive, suc gastrique, bile, suc pancréatique, etc., qui s'accomplissent soit dans le tube digestif, soit dans les annexes nécessaires de ce viscère; et telle est, à nos yeux, l'importance de ces recherches que, si elles n'étaient faites, il faudrait les faire, et que faites, il faut les refaire encore, et épuiser dans leur poursuite toute la sagacité humaine. Mais soit que ces recherches soient encore insuffisantes, soit, ce que nous croyons, que quelque loin qu'on les conduise, elles ne doivent jamais parvenir qu'à mettre en lumière un des facteurs des phénomènes qu'il s'agit d'étudier, l'autre, celui du ressort de la vie, leur échappant essentiellement, les médecins doivent soigneusement se garder, ici comme ailleurs, d'abdiquer au profit des chimistes et des physiologistes purs, car ils courraient infailliblement à l'erreur. Les savants médecins de Lyon ont vu l'écueil et se sont bien promis de l'éviter, mais nous craignons que sur plusieurs points ils ne se soient laissé entraîner sur la pente qui y conduit. En témoignage de ce que nous venons de dire, nous pourrions citer plusieurs parties de leur livre; mais ce serait ouvrir la porte à une discussion qui nous jetterait de suite hors des limites où nous devons nous renfermer ici. Toutefois, comme c'est là une question capitale, et que cette tendance de nos judicieux auteurs doit être signalée pour qu'à ce point de vue leur très-intéressant ouvrage soit lu avec quelque précaution, qu'on nous permette d'en citer un court passage, qui peut être rectifié en quelques mots : « On avait, disent les médecins de Lyon, localisé

dans l'estomac diverses sensations, telles que la faim, la soif, la satiété ; on sait mieux maintenant à quoi s'en tenir sur elles. Lorsque les matériaux de la dernière digestion ont été assimilés, que leur action nutritive est épuisée, l'organisme en demande de nouveau, on a faim. La soif, elle, est l'expression d'un besoin général, suite de déperdition aqueuse : une sueur copieuse, une hémorrhagie abondante donnent rapidement la soif. Qu'on nous permette une comparaison empruntée à l'industrie : dès qu'une machine manque d'eau, le mécanicien en est averti par le sifflet d'appel. Eh bien, la faim et la soif sont le cri d'appel de notre machine humaine. » Cela est juste, mais ne l'est qu'à moitié. Oui, comme, suivant le mot de Bordeu, tout l'organisme digère par l'estomac, il a soif de même, il a faim de même, il est saturé de même : mais cette triple sensation se centralise bien évidemment là, et c'est de là que part le coup de sifflet, puisque coup de sifflet il y a : demandez-le un peu à tout le monde, mais demandez-le surtout à certains dyspeptiques, et ils vous répondront qu'aucune science humaine ne prévaudra pour eux contre cette vue autoptique, contre cette expérimentation énergiquement sentie.

Comme en ceci nous n'avons voulu citer qu'un exemple en faveur de l'idée contradictoire que nous avons cru devoir formuler, nous n'appuierons pas davantage sur ce point, et poursuivrons notre intéressante excursion à travers ce livre si plein de choses et d'appréciations saines.

Ainsi qu'on le prévoit bien, les habiles chirurgiens de Lyon, rencontrant l'appareil hépatique et le pancréas dans cette étude, n'ont pas manqué de consacrer de longs développements aux recherches de M. Claude Bernard et autres sur la fonction glycogénique du foie et sur la part qui revient à la sécrétion pancréatique dans la digestion des matières grasses. Il y a là un exposé très-lucide des travaux si remarquables de l'éminent professeur du Collége de France. Mais bien que MM. Berne et Delore ne marchandent pas l'éloge à l'homme qui a fait tout à coup la lumière sur plusieurs des questions les plus obscures de la pathologie, ils sentent, et ils n'hésitent point à dire qu'on n'est encore qu'à moitié de la route qui doit conduire à la solution entière du problème. Il y a, dans cette partie de l'ouvrage dont il s'agit dans ce moment, un chapitre que nous croyons devoir recommander d'une manière particulière à l'attention du lecteur, c'est celui où nos auteurs jettent un coup d'œil général sur l'influence exercée par les découvertes modernes sur les maladies de la nutrition proprement dite, et où ils

traitent tour à tour du diabète sucré, du diabète albumineux, du diabète chyleux et de l'urémie. Le rapprochement de ces états morbides, si divers entre eux dans la forme, mais s'éclairant l'un l'autre en une certaine mesure dans leur génèse pathologique, est une de ces vues fécondes dont on prévoit l'utilité avant même qu'elles se réalisent en un enseignement positif, et qui, dans tous les cas, donnent la mesure de la portée de l'esprit de ceux qui l'ont conçue et esquissée.

Après ces études aussi intéressantes les unes que les autres, et où viennent se poser une foule de questions que nous avons omises volontairement pour faire autre chose que de l'énumération, viennent successivement les études relatives à l'influence de la physiologie moderne sur la médecine, pour nous concentrer autant que nous pouvons, de l'appareil respiratoire, de l'appareil de la circulation, du sang lui-même, du système nerveux. Ce cycle est complété par de lumineux enseignements empruntés à l'helminthologie, aux travaux les plus récents sur la syphilis, où, par parenthèse, nous n'avons pas compris que le nom même de M. Diday ne fût pas prononcé, parce que éloge ou critique, le savant syphiliographe de Lyon est homme à porter vaillamment l'un ou l'autre; viennent enfin des études un peu disparates et confuses, en tant qu'ordre didactique, bien entendu, sur les maladies des organes génitaux, la méthode sous-cutanée, sur la reproduction du tissu osseux et les applications chirurgicales qui semblent tant promettre, sur les maladies cutanées et virulentes et sur la toxicologie.

C'est à regret certainement que nous ne suivons pas nos judicieux auteurs dans les méandres sévères d'études si laborieuses et si intéressantes tout à la fois. Nous aurions bien çà et là quelques vues un peu tranchantes à rectifier; mais combien plus souvent n'aurions-nous qu'à louer sans réserve des aspirations certainement fondées vers un monde médical et thérapeutique meilleur. Le silence éternel de ces espaces infinis m'effraye, disait Pascal : après les balbutiements de la science de la vie, il y a aussi un silence qui m'effraye comme le silence de l'immensité effrayait l'auteur des *Provinciales* : le tableau des progrès de la science moderne que viennent d'esquisser MM. Delore et Berne ne dissipe pas cet effroi ; mais on y sent que le sphynx, s'il est encore loin d'avoir trahi son secret, a au moins remué les lèvres et murmuré sur la grande énigme de la vie quelques mots qu'ont entendus les oreilles attentives.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Ostéogénie périostique. — M. le docteur Ollier vient de faire une nouvelle communication à la Société de chirurgie. Son étendue et son importance nous engagent à la reproduire dans cette section de notre recueil.

« Le périoste, dit M. Ollier, ne se comporte pas de la même façon dans les os longs, larges et courts. Ses fonctions reproductrices, la rapidité de ses fonctions, ne sont pas les mêmes dans ces différents cas.

« Je regarde comme démontré que toute régénération osseuse, dans le sens propre du mot, c'est-à-dire régénération d'un os analogue de forme et de volume à l'os primitif, est impossible sans conservation du périoste. Cependant, tous les tissus conjonctifs sont susceptibles d'être envahis par l'ossification ; mais c'est là un fait accidentel, pathologique en quelque sorte, et toujours insuffisant à établir une véritable régénération.

« Voici des pièces — ce sont les radius d'un lapin sacrifié huit mois après l'expérience — qui montrent combien les résultats sont différents suivant qu'on a enlevé ou conservé le périoste ; d'un côté, il n'y a rien, de l'autre l'os est régénéré.

« Le seul fait contradictoire est celui de Medici; une portion de côte de mouton s'était reproduite au bout de plusieurs années après destruction de tout le périoste correspondant. Je n'ai pu consulter le texte original, mais il est fort possible qu'il y eût réunion, par une sorte de cal, des deux extrémités réséquées, sans régénération de la partie enlevée.

« Quant aux faits de Charmeil, ils montrent seulement la possibilité de végétations osseuses en l'absence du périoste, mais non la reproduction des os.

« Dans les discussions qui ont eu lieu au sein de la Société, on a nié la régénération des épiphyses. Voici des pièces provenant de chats et de lapins qui prouvent cette régénération. J'avais enlevé l'épiphyse inférieure du radius et une petite portion de la diaphyse en gardant l'étui périostique. La reproduction est faite, mais l'épiphyse est séparée du corps de l'os par un cartilage intermédiaire ; sur d'autres animaux tués plus tardivement, ce cartilage intermédiaire a disparu ; l'ossification est complète, l'accroissement de l'os en longueur achevé.

« Les différents périostes des os plats ne possèdent pas la même

activité, et tandis que l'un reproduira l'os au bout d'un certain temps, l'autre en demandera le double ; il faut donc envisager séparément le péricrâne, la dure-mère, le périoste palatin.

« Sur ce crâne de chat, j'ai déplacé un lambeau médian de périoste frontal ; ce lambeau a produit une sorte de longue apophyse solide et plus épaisse que les os normaux.

« Deux fois déjà, j'ai eu occasion de reconnaître chez l'homme cette reproduction de l'os par le périoste frontal. Sur ces opérés, au bout de trois mois, on pouvait déprimer les parties et y enfoncer des épingles ; mais au bout de dix ou quinze mois, ce n'était plus possible, quelque effort que l'on fît. Je ne saurais affirmer qu'il y eût un véritable plan osseux, n'ayant pas pu m'en assurer par la dissection, puisque ces opérés sont vivants, mais c'est infiniment probable.

« Le périoste palatin reproduit l'os avec une grande lenteur : il faut huit et dix mois. Dans une observation que j'ai publiée dans un des derniers fascicules du *Journal de physiologie*, on peut voir qu'après six mois, la régénération était nulle ; aussi ne suis-je nullement surpris que M. Sédillot n'ait pas trouvé de substance osseuse chez un chien au bout de quarante-trois jours. Ce délai est trop court.

« Pour ce qui est des os courts, voici deux pièces parfaitement probantes. Vous pouvez voir sur la première un calcanéum régénéré. On a dit que le calcanéum pouvait, sous certains rapports, être assimilé aux os longs ; il n'en est pas de même du cuboïde. Chez ce lapin, le cuboïde sain pesait 15 centigrammes ; le cuboïde nouveau en pèse 14 ; c'est donc une reproduction aussi complète que possible.

« La séparation du périoste a été signalée comme une difficulté ; celle-ci n'existe pas dès que l'os ou le périoste sont enflammés ; elle est d'ailleurs bien moins grande sur le vivant que sur le cadavre, et on peut toujours en triompher. Voici un maxillaire supérieur que j'ai enlevé pour un polype naso-pharyngien. Le périoste et l'os étaient parfaitement sains, et ce dernier est rigoureusement dépouillé de sa membrane nourricière. Ce malade a déjà, à la place de la tubérosité maxillaire, une masse dure, de forme arquée, impossible à déprimer. Si ce n'est pas de l'os, au moins cela en tient-il la place et la fonction.

« Depuis que je suis chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'ai fait une trentaine d'opérations, dans lesquelles j'ai conservé le périoste. Les résultats tantôt satifaisants, tantôt nuls ou insuffisants, m'ont paru obéir à des influences générales que je dois indiquer.

« Quand l'individu est épuisé, cachectique, que le blastème sous-périostique, dont le rôle est si important, est mal organisé, la reproduction fait défaut.

« Quand le malade est jeune et vigoureux, que le périoste est sain, on obtient de bonnes reproductions. Si le périoste est épais et se détache avec facilité, la reproduction se fait bien, et l'os régénéré est quelquefois plus épais que l'os normal.

« L'érysipèle, les fièvres éruptives ont sur l'ostéogénie périostique la même influence fâcheuses que sur le cal ; elles la suspendent pour un temps ou l'arrêtent définitivement.

« Dans peu de temps, je soumettrai à la Société des faits de génération osseuse (clavicule, métacarpien) qui établiront que cette régénération est bien une réalité chez l'homme.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Propriétés purgatives de la petite passerage. Sur la recommandation de M. Stillwell, d'Epsom, qui, dans le cours d'une longue pratique, en a fait son purgatif favori, M. Wilks a expérimenté depuis quelque temps, dans son service hospitalier, les semences de *l'iberis amara* ou petite passerage, et ces essais, qui ont porté sur une vingtaine de sujets, ont été suivis de succès. Ces semences, écrasées, sont huileuses et âcres, et 20 à 25 centigrammes sous forme pilulaire suffisent pour donner lieu à une ou à plusieurs excrétions alvines. D'après les renseignements que nous avons sous les yeux, la dose administrée par M. Wilks ne paraît pas avoir dépassé 50 centigr. ; mais en tenant compte des effets observés, il ne semble pas que cette dose ne puisse pas être portée plus haut, au moins chez certaines personnes. Dans quelques cas il y a eu des nausées et des vomissements.

Des divers ordres de médicaments, il n'en est pas peut-être où le besoin de conquêtes nouvelles se fasse moins sentir que celui des purgatifs : la matière médicale est bien suffisamment riche sous ce rapport. Nous croyons cependant devoir tenir compte des vertus attribuées aux semences de la passerage. Cette plante appartient à notre flore, et il n'est certes pas indifférent d'y trouver des médicaments sûrs et efficaces ; c'est avec regret que nous voyons laisser dans l'oubli des agents que nous avons sous la main.

Du reste, ce n'est pas la première fois que *l'iberis amara* est employée en thérapeutique ; seulement, quoique la remarque ait été faite qu'elle amène de la diarrhée, ce n'est pas comme purgatif qu'on y a eu recours. D'après ce que nous dit M. Cazin, elle a eu, comme beaucoup d'autres plantes et sans plus de raison sans doute, la réputation d'être propre à broyer la pierre et à évacuer les graviers ; on l'a regardée comme fébrifuge ; elle a passé pour apte à diminuer, non la fréquence, mais la violence des battements du cœur, et a été en conséquence mise à contribution dans l'hypertrophie de cet organe avec ou sans hydropisie. Peut-être y aurait-il lieu de se livrer à de nouveaux essais sur les propriétés de la passerage, et il serait à désirer que les expériences de M. Wilks vinssent en donner l'idée et le signal. (*Dublin Med. Presse*, mars 1864.)

Angine de poitrine, lésion de l'aorte et du plexus cardiaque. De nombreuses lésions matérielles ont été trouvées dans les autopsies des sujets morts d'angine de poitrine, lésions du cœur, des artères coronaires, de l'aorte, etc., et on en a conclu que cette affection était

symptomatique de ces lésions. La coexistence n'était pas niable et n'a pas été niée. Mais de la multiplicité des lésions observées, d'une part, et, d'autre part, des cas nombreux où de telles altérations existaient sans symptômes d'angine de poitrine, d'autres enfin où ces symptômes se sont manifestés sans que la nécropsie ait fait découvrir aucune altération, on a conclu que l'angine n'est pas nécessairement liée à la présence de maladies organiques, et on l'a rangée en conséquence dans la classe des névroses.

Mais tout était-il dit ainsi sur la question ? C'est une manière de voir, croyons-nous, qui n'a jamais eu la prétention d'être prise pour le dernier mot de la science. Il se pourrait que *l'angor pectoris* fût le symptôme d'une altération qui jusqu'ici aurait échappé à l'attention des anatomo-pathologistes.

Or M. Lancereaux vient de communiquer à la Société de biologie les résultats d'une investigation *post mortem* par lui faite sur le cadavre d'un sujet mort à l'Hôtel-Dieu, en mars dernier, après plusieurs accès d'angine de poitrine.

A l'autopsie de ce sujet, on constata l'existence d'une lésion de l'aorte. Entre les deux orifices des artères coronaires, rétrécies au point de permettre à peine l'introduction d'un stylet, se trouvait une plaque saillante de plusieurs centimètres d'étendue, à rebords festonnés, et composée en grande partie de tissu conjonctif de nouvelle formation. Situé entre la couche interne et la couche moyenne, ce néoplasme semblait contenir dans son épaisseur de fines arborisations. La tunique externe de l'aorte était, en tout cas, au niveau surtout de son adhésion à l'artère pulmonaire, le siége d'une vascularisation anormale et extrêmement riche. Le plexus cardiaque, qui, comme on sait, repose sur cette portion du vaisseau artériel, participait à cette vascularisation, et quelques-uns de ses filets se trouvaient compris dans une sorte de gangue ou de plasma appliqué à sa tunique externe épaissie. L'examen microscopique des filets nerveux et des ganglions montra de la façon la plus positive, assure l'auteur, que de nombreux noyaux ronds se trouvaient interposés, sous forme d'amas, entre les éléments tubuleux, qu'ils paraissaient comprimer plus ou moins. La portion médullaire de ces éléments était d'ailleurs légèrement grisâtre et grenue... Les valvules aortiques étaient à peine altérées ; le cœur était sain. Les autres organes n'étaient pas notablement lésés. Un tubercule calcaire, provenant sans doute d'un ganglion, se rencontrait au niveau du point de récurrence du nerf laryngé inférieur gauche, où il adhérait au névrilème.

Ainsi, à la lésion de l'aorte venait s'ajouter une *altération manifeste du plexus cardiaque*, et dans la paroi du vaisseau, comme au sein du plexus nerveux, on constatait une vascularisation exagérée et une hyperplasie des éléments de substance conjonctive.

De ce fait, rapproché de deux autres, bien qu'examinés moins à fond, M. le docteur Lancereaux incline à conclure que l'angine de poitrine pourrait bien, dans quelques cas au moins, reconnaître pour cause une altération du plexus cardiaque.

Ces faits paraissent mériter d'être pris en sérieuse considération, d'autant que l'on sait qu'en réalité les lésions de l'aorte sont fréquentes dans l'angine de poitrine. De leur connaissance résultent en effet des indications thérapeutiques spéciales. A la phlegmasie de l'aorte doivent surtout s'adresser, en pareil cas, les moyens de traitement ; c'est l'affection primitive qu'il s'agit de combattre, et comme, pour arriver à ce but, il importe de connaître les influences sous lesquelles elle a pu prendre naissance, M. Lancereaux fait remarquer, à ce point de vue, qu'il a noté deux fois l'existence probable d'une diathèse rhumatismale, et chez le dernier malade observé, celui dont il est ici question, des excès de tabac et d'absinthe. (*Gaz. hebd.*, avril 1864.)

Sur l'action des hypophosphates de soude et de chaux dans la phthisie. S'il est du devoir de la presse de signaler toutes les médications nouvelles qui se produisent, il lui incombe également le soin de ne laisser passer aucun des documents qui doivent permettre aux praticiens d'en juger la valeur. Déjà nous avons fourni les résultats des essais tentés à Paris, sous la surveillance du promoteur de cette médication ; nous reproduisons aujourd'hui les expériences entreprises par M. Payne Cotton, médecin de l'hôpital des phthisiques à Londres, sur douze malades de cet hôpital. Nous ferons une seule remarque, ces dénégations aussi énergiques de l'action eu-

rative des hypophosphites ne tiennent-elles pas *un peu* aux affirmations trop absolues du docteur Churchill ? Nous le craignons. Cette réserve émise, nous donnons l'analyse de l'article du médecin de l'hôpital des phthisiques.

Sur ces douze malades de M. Payne, deux seulement se trouvaient à une phase assez avancée de la maladie. Les autres étaient dans les meilleures conditions pour être modifiés favorablement par le traitement.

Chez six on observa une amélioration plus ou moins marquée pendant l'emploi des hypophosphites ; chez les six autres, la maladie ne fut pas enrayée dans sa marche progressive.

Chez deux des malades qui n'éprouvèrent pas d'amélioration, on observa un amendement manifeste lorsqu'on eut remplacé le traitement au moyen des hypophosphites par une autre médication.

Chez les six malades dont l'état s'était amélioré, le traitement par les hypophosphites fut suspendu au bout d'un certain temps et remplacé par une médication insignifiante (une faible dose d'un sel alcalin en solution dans un julep). Chez quatre d'entre eux, l'amélioration continua à se faire comme pendant le traitement par les hypophosphites, et chez les deux autres elle fut même beaucoup plus prononcée.

M. Churchill, le promoteur de l'emploi des hypophosphites comme spécifiques de la phthisie, avançait, entre autres choses, que dès le premier jour de leur emploi ils raniment souvent l'énergie des fonctions nerveuses. M. Payne Cotton a recherché avec le plus grand soin les indices de cette action immédiate chez ses malades. Il n'en a jamais pu saisir la plus faible trace.

M. Payne Cotton conclut de cette enquête que les hypophosphites de soude et de chaux n'exercent aucune action spécifique sur la phthisie, et que, si leur emploi produit parfois une amélioration, c'est simplement « en vertu des propriétés simples, non irritantes, alcalines. » Cette conclusion est fort analogue à celle que M. Risdon Bennett a formulée à la suite d'une enquête analogue. Les malades, disait ce médecin, se seraient tout aussi bien trouvés de prendre un peu d'eau de chaux, de citrate de potasse, ou tout autre agent également inoffensif. (*The Lancett* et *Gaz. médicale*, mars.)

Périostose des vertèbres cervicales causant l'obstruction du pharynx ; guérison rapide sous l'influence de l'iodure de potassium. Les faits de tumeurs gommeuses guéries par l'iodure potassique ne sont pas rares, et l'enseignement pratique qu'ils apportent est devenu en quelque sorte vulgaire. Si nous consignons celui-ci dans nos colonnes, c'est surtout à cause du siége qu'occupait le mal et qui lui donnait une gravité particulière.

Sarah B., mariée, mère de trois enfants, se fit admettre le 13 janvier dernier à King's College Hospital, dans le service de M. Watson. Elle avait une tumeur douloureuse sur le côté droit du frontal, avec ulcération ayant l'aspect du lupus exedens, une autre tumeur dure vers la partie moyenne de la clavicule du même côté, qui avait été le siége d'une vive douleur et était encore très-sensible à la pression ; enfin, dans le fond du pharynx, une troisième tumeur, dure et résistante au toucher, faisant saillie en avant et occasionnant une dysphagie prononcée des aliments solides. Il n'existait rien d'anomal dans les parties osseuses accessibles à l'examen et qui sont le siége de prédilection des excroissances syphilitiques. La malade n'avouait aucun antécédent vénérien ; elle n'en fut pas moins mise à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose de six grains trois fois par jour ; on même temps on lui fit des applications topiques de teinture d'iode sur la clavicule. En une dizaine de jours les tumeurs avaient déjà sensiblement diminué de volume, et la douleur dont elles étaient le siége s'était notablement amoindrie; la déglutition était devenue beaucoup plus facile. Dès le 1er février, la périostose du pharynx avait presque disparu, les tumeurs de la clavicule et du front étaient moins considérables, les ulcérations étaient en bonne voie, et l'aspect, le teint de la malade étaient grandement améliorés. Le 15 mars elle était à peu près guérie, et en portant le doigt dans le fond du pharynx on n'y trouvait plus qu'une légère nodosité à la face antérieure du corps des vertèbres. (*Lancet*, avril 1864.)

Névrose de la septième paire ; guérison au bout de trois jours par la compression réitérée du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoï-

dien. Le 25 février dernier, se présentait à la clinique de M. Sichel un jeune garçon de douze ans, ouvrier dans un atelier du polisseur en cuivre, lequel attira l'attention, dit M. Banzon qui rapporte le fait, tant par la nature que par la rareté de l'affection dont il était atteint et dont il rendait compte de la manière suivante.

Deux mois et demi auparavant, il avait reçu sur l'œil droit un tampon gras dont on se sert pour le genre de travail auquel il se livre; une inflammation assez vive se serait développée à la suite et se serait accompagnée de l'impossibilité d'ouvrir l'œil; au bout de quatre ou cinq jours, sans autre traitement que des applications de compresses imbibées d'eau fraîche, il avait pu relever la paupière et l'inflammation n'avait pas tardé à disparaître. Un mois s'était à peine écoulé, que, sans cause appréciable, des symptômes semblables se montraient de nouveau : rougeur de la conjonctive, douleur, chute de la paupière supérieure, symptômes qui avaient cédé également avec autant de rapidité et sans plus de traitement que pour la première atteinte. Enfin, le 5 février, les mêmes phénomènes morbides avaient reparu encore, mais avec plus d'intensité cette fois, et une opiniâtreté plus grande, ce qui avait décidé ses parents à consulter.

A l'examen, on trouvait l'œil droit entièrement voilé par la paupière supérieure, que le jeune malade ne pouvait relever malgré tous ses efforts; une injection à peu près complète de la conjonctive, avec des granulations peu volumineuses des paupières; sur la cornée, une légère cicatrice résultant probablement de l'ulcération traumatique développée deux mois et demi auparavant.

Immédiatement, M. Sichel diagnostiqua une névrose de la septième paire droite, expliquant ainsi le prolapsus de la paupière supérieure correspondante et engageant les personnes qui suivaient sa clinique à retenir cet exemple d'une affection curieuse et non fréquente. Plusieurs fois, dit-il, dans sa longue pratique, il a eu à se louer, dans des cas analogues, d'une méthode de traitement très-simple, qui consiste à comprimer le nerf facial dans la région correspondante à sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

En effet, en exécutant avec la pulpe du doigt cette compression chez le jeune malade, et en l'engageant à faire des efforts pour relever sa paupière, on remarque que l'ouverture palpébrale augmente sensiblement, pour reprendre son étroitesse pathologique dès que le doigt cesse de comprimer.

En conséquence, on recommande ce moyen à la mère de l'enfant et on lui conseille de le réitérer vingt et trente fois par jour. En même temps, teinture de colchique à l'intérieur, à la dose quotidienne de 20 à 30 gouttes, et friction avec une pommade à l'oxyde noir de cuivre laudanisé.

Le 29 février, la guérison était complète, à l'exception d'un peu de conjonctivite granulaire pour laquelle on prescrivit un collyre au sulfate de zinc. Le 10 mars, pas de récidive. On peut se demander peut être s'il n'y en aura pas ultérieurement. Mais l'important dans ce fait, c'est l'action de la compression du facial, moyen qui, de quelque façon qu'on l'explique, doit à la notoriété do son auteur de quoi se recommander à l'attention. (*Union méd.*, avril 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Vues nouvelles sur l'interprétation chirurgicale d'Hippocrate et sur la détermination des doctrines hippocratiques touchant les luxations du coude. Après avoir indiqué les difficultés que présente l'interprétation des ouvrages anciens de médecine et fait comprendre qu'une traduction, même fidèle au point de vue littéral, est loin de donner toujours une idée exacte des opinions d'un auteur, M. Pétrequin s'applique à démontrer que, pour la chirurgie d'Hippocrate, et spécialement pour la partie qui traite des luxations du coude, les traducteurs et commentateurs ne sont point parvenus à dissiper les obscurités du texte et que tous sont tombés dans les erreurs les plus singulières. Une confusion étrange, des dissidences et des contradictions manifestes se font remarquer à chaque page dans la détermination des variétés de déplacements décrites par Hippocrate.

La même description du texte original se rapporte pour quelques chirurgiens à une espèce de luxation, et

pour d'autres à une espèce tout à fait différente. Quelle que soit, du reste, l'interprétation donnée par chacun d'eux, il reste toujours dans les descriptions des points obscurs, des théories tout à fait incompréhensibles et ne pouvant en aucune manière se rapporter aux faits qu'elles doivent expliquer. Tous les traducteurs, par exemple, sans en excepter les plus habiles et les plus compétents, ont cru reconnaître dans les déplacements qu'Hippocrate considère comme les plus rares et les plus graves ceux que nous observons, au contraire, le plus souvent et dont la guérison est la plus facile. Comment admettre qu'un observateur aussi rigoureux qu'Hippocrate, qu'un praticien qui s'est montré aussi expérimenté et aussi judicieux dans toutes les autres parties de la science qu'il a traitées, ait pu, au sujet des luxations, tomber dans les erreurs et les non-sens ridicules qu'on lui prête.

Évidemment son livre des fractures et des luxations a dû être mal compris, et l'obscurité profonde qui règne dans la traduction doit provenir d'un défaut de méthode scientifique de la part de ses interprétateurs. Mais comment dissiper ces ténèbres, où trouver le fil d'Ariane qui peut conduire à la vérité? Après une étude approfondie du texte, après une série d'observatiuns comparatives sur le vivant et de longues expérimentations sur le cadavre, M. Pétrequin est parvenu enfin à résoudre le nœud de la difficulté.

Deux causes principales, selon lui, ont égaré les traducteurs : la première est que la pose académique d'Hippocrate est différente de la nôtre; la seconde est que, pour les luxations du coude, l'auteur ancien considère le déplacement par rapport à l'humérus et non par rapport aux os de l'avant-bras comme nous le faisons aujourd'hui. De là vient que, pour la classification des déplacements, Hippocrate adopte deux points de départ autres que ceux qui sont admis dans nos livres classiques, et que la même dénomination désigne souvent pour Hippocrate et pour les chirurgiens modernes une luxation dans un sens tout à fait opposé. M. Pétrequin, en effet, en comparant divers passages des traités des articulations, des fractures et du mochlique, a reconnu que dans la pose type d'Hippocrate, le bras pend librement le long du corps, la main, au lieu d'avoir la face palmaire en avant, ayant le dos tourné en dehors et la paume en dedans, c'est-à-dire du côté des côtes. Là se trouve véritablement la solution du problème. A l'aide de cette donnée, la description d'Hippocrate devient claire, méthodique et vraie, d'obscure, irrégulière et faussée qu'elle était.

Reprenant une à une les luxations du coude décrites par Hippocrate, M. Pétrequin démontre avec la plus grande évidence que les déplacements en dedans et en dehors correspondent à nos déplacements en avant et en arrière; et que ceux désignés par Hippocrate sous les noms de *déplacements en avant et en arrière* sont pour nous des déplacements en dehors et en dedans. Puis, comme les directions sont données par Hippocrate pour les os du bras et non pour le radius et le cubitus, qui servent de base à nos classifications, il suffit de renverser complétement le sens de ces diverses directions pour faire concorder les descriptions d'Hippocrate avec celles de la science actuelle.

Pour rendre sa démonstration plus saisissante, notre savant collègue a imaginé un mécanisme d'articulation qui, au lieu d'exécuter seulement les mouvements physiologiques comme les squelettes de nos musées, permet aussi de figurer tous les mouvements pathologiques et de reproduire chaque déplacement selon la théorie hippocratique. Ce mécanisme, mis sous les yeux de la Société, consiste dans l'emploi de ligaments élastiques, traversant la tête des os auxquels ils se fixent par leurs extrémités, et unissant d'une part le radius au cubitus, d'autre part ce dernier os à celui du bras.

Dans sa communication à la Société, M. Pétrequin n'a fait porter son examen critique que sur les luxations du coude, mais sa doctrine nouvelle peut être appliquée avec la même justesse à toutes les autres luxations. Notre érudit confrère promet de continuer cette étude et annonce également la publication prochaine d'une traduction complète des œuvres chirurgicales d'Hippocrate. (*Compte rendu de la Soc. de méd. de Lyon*, avril.

Douleurs uréthrales ou vésicales, leur siége, leur traitement chirurgical. Voici, sur ces divers points, les idées développées par M. Ad. Richard :

Lorsque, dans un orifice naturel de l'économie, le symptôme douleur se prononce et forme toute la maladie, le diagnostic hésite entre deux choses :

ou une névralgie idiopathique ou symptomatique, ou une affection musculaire douloureuse.

Si l'on n'a pas affaire à une névralgie bien caractérisée, il faut penser aux muscles : c'est ce que nous voyons, par exemple, dans les coliques utérines, où l'on doit compter avec le système musculaire ; de même dans les douleurs de la pierre, de même dans celles de la fissure à l'anus. Je n'hésite pas à dire que, quand il n'y a pas de névralgie, c'est le muscle qu'il faut accuser. Evidemment, c'est par action réflexe que cette douleur arrive ; mais il faut bien l'avouer, nous n'en connaissons pas bien la cause initiale. Il faut donc agir un peu empiriquement pour traiter l'affection. Dans le cas particulier qu'a mentionné M. Géry, nous avons affaire à une affection du sphincter de la vessie. Eh bien ! la dilatation forcée du col de la vessie guérira la malade.

D'une manière générale, je voudrais qu'on généralisât l'idée de douleurs par le fait d'actions musculaires, et non par celui de névralgies.

Or, dans un grand nombre de régions, j'ai fait cesser les douleurs musculaires par la dilatation forcée. On sait qu'à tout âge il existe au col de la vessie des douleurs assez intenses, et à cause desquelles on peut faire des opérations très-redoutables. Récemment, un médecin était tourmenté par d'affreuses douleurs vésicales et il n'avait aucun symptôme de pierre ; je le vis plusieurs fois, et après un grand nombre d'explorations que que je passerai sous silence, je vis le malade urinant toutes les deux minutes, sans pouvoir retenir ses urines, avoir d'intolérables douleurs de vessie, s'affaiblissant de jour en jour ; en un mot, s'en allant mourant. Quoiqu'il n'eût pas la pierre, je lui aurais fait l'opération de la taille, s'il n'eût dû quitter Paris. Au bout de quelque temps, mandé par la famille, j'arrivai chez lui, et le trouvai à moitié mort. Je n'hésitai pas, je le fis chloroformiser et fis la lithotomie ; il dormit trente-six heures de suite, les douleurs disparurent et aujourd'hui le malade est tout à fait guéri. Donc, des spasmes, des coliques, des douleurs occasionnées par le muscle, cessent par la section.

Ces perturbations musculaires, qui me paraissent jouer un rôle considérable dans la pathologie, m'ont amené empiriquement à une opération nouvelle. Les pertes séminales, dans la pratique, sont, je crois, une illusion : sur vingt malades affectés de pertes de ce genre, vous en trouvez dix-huit qui sont hypocondriaques ou en proie à des phénomènes nerveux. Cependant il se peut faire que le chirurgien ait un parti à prendre dans certains cas. Des malades perdent tous les jours du sperme, par habitude ; or, c'est pour ces cas-là que Lallemand a imaginé la cautérisation de l'urèthre qui, il faut le dire, est une opération détestable. Un jour, forcé dans un cas pareil, de prendre un parti, je songeai à la dilatation forcée ; le malade auquel j'avais affaire perdait du sperme depuis sept mois et était épuisé. Il y eut un grand soulagement dans ce cas. Dans un autre, le malade guérit ; il avait des pertes depuis six mois. Je vis un artiste dramatique qui, à la suite d'excès, eut une prostatite purulente, et qui perdait chaque nuit du sperme et du sang ; je fis la dilatation forcée : le malade eut une perte le jour même de l'opération ; depuis rien n'a reparu. — J'ai fait la dilatation forcée sept ou huit fois ensuite, avec des résultats divers. Je l'ai pratiquée deux fois cette année, une fois chez un jeune homme qui avait épuisé jusqu'alors inutilement toutes les ressources de l'art et qui est guéri maintenant. (*Société de médec. de la Seine*, 1864.)

Polype vaginal de nature fibreuse, pédiculé ; excision combinée avec l'énucléation. Les procédés chirurgicaux applicables aux polypes du vagin, affection assez peu commune du reste, doivent nécessairement différer avec les cas. Il est clair que, suivant le siége, le volume de la tumeur, suivant qu'elle a ou non un pédicule, mince ou épais, peu vasculaire ou pourvu d'une vascularisation prononcée, il y aura lieu de préférer tel ou tel mode d'opération, l'excision simple ou avec ligature préalable, l'écrasement linéaire, etc. Aux divers procédés mis en œuvre jusqu'à ce jour on peut ajouter celui auquel vient de recourir avec succès M. Bouchacourt, l'excision combinée avec l'énucléation, lequel rappelle le *modus operandi* employé par Amussat dans quelques cas de tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

Il s'agit, dans le fait du très-distingué chirurgien lyonnais, d'une dame âgée de 38 ans, de santé ordinaire, régulièrement menstruée, et ayant eu trois grossesses terminées par des accouchements naturels et deux fausses

couches. Cette dame, sujette depuis quelques années à des douleurs lombaires et hypogastriques, à des pertes blanches, ayant de la sensibilité utérine soit à la palpation soit au toucher, ayant été examinée au spéculum par son médecin ordinaire, celui-ci reconnut la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une châtaigne, non pédiculée, de consistance comme charnue, située en haut du vagin où sa base d'implantation était à cheval sur la paroi inférieure du canal de l'urètre. La malade fut alors adressée à M. Bouchacourt, qui, ne voyant aucune nécessité d'agir immédiatement, et trouvant, outre les douleurs péripelviennes, une certain détérioration de la santé générale, conseilla d'abord un traitement hydrothérapique, qui exerça une très-heureuse influence, mais fut suivi d'une éruption de furoncles, ce qui engagea encore à attendre.

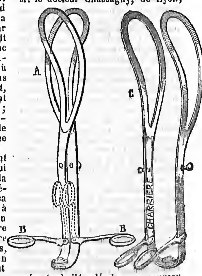
Le 15 novembre, jour de l'opération, la tumeur qui n'avait cessé de s'accroître, avait atteint le volume d'un œuf, s'était pédiculisé, et avait franchi l'anneau vulvaire, donnant lieu à diverses souffrances et incommodités, besoin fréquents d'uriner, dysurie, marche pénible, de même que toute espèce d'efforts, sans toutefois agir sensiblement sur l'ensemble de la constitution.

La malade, à demi-couchée, ayant été éthérisée, est attirée sur le bord du lit, placée et maintenue dans la position qu'on donne à la femme pour l'application du forceps. On aperçoit alors à la vulve la tumeur d'un blanc rosé, recouverte partout d'une muqueuse amincie, excepté au point où commence le pédicule, qui mesure plus du tiers du volume total. A ce point, on trouve une sorte de recouvrement muqueux doublé de tissu conjonctif; il est probable qu'à ce niveau la muqueuse entière a été entraînée par le poids de la tumeur et a formé une sorte de ligament suspenseur.

La ligne de démarcation existant entre la muqueuse du pédicule qui paraît normale et celle recouvrant la tumeur qui est pâle et mince, fut précisément celle où le chirurgien traça son incision. Cette incision fut faite à l'aide d'un bistouri à manche fixe, en deux sections, l'une demi-circulaire postérieure, l'autre demi-circulaire antérieure, toutes deux concentriques, se réunissant comme dans l'amputation d'un membre. Pendant qu'on relevait la muqueuse, la tumeur fut disséquée dans les tissus sous-jacents, tantôt avec des ciseaux courbes, tantôt avec les doigts, et en trois ou quatre minutes elle était énucléée sans laisser à la fin aucune connexion qu'il fût nécessaire d'exciser. Pendant toute l'opération le canal de l'urètre, au moyen d'une sonde, fut relevé contre le pubis. La muqueuse revint sur elle-même en forme de capuchon triangulaire à la paroi inférieure du canal. Il y eut à lier une petite artériole; puis, un petit tampon imbibé de perchlorure de fer étendu d'eau ayant été placé sur la plaie, la malade fut remise dans son lit.

Il y eut le premier jour quelques spasmes, quelques vomissements, mais qui cédèrent facilement. Le pouls ne s'éleva pas au-dessus de quatre-vingt-quatre et tomba à soixante-huit deux jours après. Aucun accident sérieux ne survint et dès le 24 novembre, neuf jours après l'opération, la malade pouvait quitter Lyon et retourner dans sa famille, ne présentant plus, au point où avait été la tumeur, qu'un petit pertuis, qui fut touché avec le nitrate d'argent et ne tarda pas à se cicatriser, comme l'apprirent des renseignements ultérieurs. (*Compte rendu de la Société de méd. de Lyon*, février 1864.)

Nouveau forceps de poche. M. le docteur Chassagny, de Lyon,



présente à l'Académie, un nouveau

modèle de forceps fabriqué par M. J. Charrière, auquel il donne le nom de forceps de poche pour le détroit inférieur. Cet instrument, comme on le voit sur la 1re figure, s'applique les deux branches A repliées l'une sur l'autre (comme dans l'instrument de M. Camille Bernard), de telle façon, que, sans découvrir la malade, l'opérateur les fait glisser entre sa main et la région de la tête qui regarde en arrière; agissant alors avec les deux anneaux BB, il fait faire à chaque branche un quart de tour et chacune d'elles vient se placer sur un côté de la tête que l'on serre avec la main que l'on applique sur la partie moyenne des branches qui sont d'une très-grande élasticité. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, mai.)

VARIÉTÉS.

La voleuse de chloroforme.

Il est de notre devoir de signaler à nos confrères de Paris qu'une dame d'un certain âge, d'un air béat, d'une mise convenable, commet chaque jour chez les pharmaciens un de ces abus qui peuvent avoir de graves conséquences, non pour la perte d'argent dont on est la victime, mais par l'ennui que cela pourrait occasionner, si une action judiciaire appelait à se justifier d'avoir donné la mort par imprudence.

Voici ce qui a lieu. La dame en question entre dans une pharmacie, demande la permission de s'asseoir, promène ses regards autour d'elle, probablement pour voir si elle sera à son aise là où elle est. Rassurée à cet égard, elle présente l'ordonnance d'un médecin dont le nom est très-connu ; il autorise qu'on délivre 15 grammes de chloroforme pour l'usage externe. Le grand nombre d'estampilles dont cette prescription est revêtue démontre suffisamment qu'elle a été bien souvent présentée à des pharmaciens.

Le chloroforme est pesé, la dame demande la permission de le sentir ; mais au moment de le porter à son nez, elle le laisse tomber sur son mouchoir qu'elle a disposé à cet effet. Elle remet la bouteille vide au pharmacien en s'excusant de sa maladresse. Pendant qu'on pèse une nouvelle dose de chloroforme, la dame porte son mouchoir à son nez et à sa bouche et aspire à longs traits la liqueur anesthésique. La manœuvre est si habilement faite, que, lorsqu'on vient lui présenter le flacon cacheté et étiqueté, la dame dort d'un profond sommeil.

Dans la circonstance, que fait le pharmacien ? Il attend, et, dans une anxiété facile à comprendre, aussitôt que la dame ouvre les yeux, il s'empresse de lui réclamer le montant de ce qui lui est dû pour le chloroforme qui a été absorbé. Mais, hélas ! on lui montre une bourse vide de monnaie, la dame s'excuse encore d'avoir oublié son argent. Alors on l'expulse de l'officine avec cette apostrophe : Allez vous empoisonner ailleurs !

Nous avons le tabac, l'absinthe, les alcools pour engourdir nos sens blasés, espérons que la passion du chloroforme ne se propagera pas.

Stanislas Martin.

M. le docteur Guyon vient d'être nommé à la place vacante de chirurgien professeur adjoint à la Maternité de Paris.

MM. Cocbu, médecin-major, et Fée, médecin aide-major, à la suite d'un brillant concours, ont été désignés pour remplir les fonctions de répétiteurs près de l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg.

Les candidats admissibles aux épreuves de la seconde série pour le concours des médecins du Bureau central sont MM. Baudot, Blachez, Cadet de Gassicourt, Guyot, Isambert, Labbé (Edouard), M. Raynaud, Simon (Jules).

Le mercredi 20 juillet 1864, il sera ouvert à l'Ecole de médecine de Lille un concours pour une place de professeur adjoint à la chaire de clinique chirurgicale et pour une place de professeur suppléant aux chaires de chirurgie. Les docteurs en médecine qui désireraient prendre part à ce concours devront adresser leur demande d'inscription, avant le 15 juillet prochain, à M. le docteur Cazeneuve, directeur de l'Ecole de Lille.

Nous publions les questions mises au concours par la Société de médecine de Gand pour l'année 1855 :

I. Indiquer les notions hygiéniques applicables aux écoles gardiennes et à celles destinées à l'enseignement primaire et moyen.

II. Décrire les maladies qui peuvent tirer leur origine de l'exercice des industries linière et cotonnière.

III. Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale.

IV. Quelles sont les maladies produites par les parasites et quelles sont celles où les parasites ne sont qu'un produit de la maladie ? Quels sont les meilleurs parasiticides ?

V. De l'influence de la diathèse syphilitique sur la production des maladies internes.

VI. Rechercher, au point de vue pathogénique, la valeur des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie chez les aliénés. Déterminer par des faits les signes auxquels on peut reconnaître ces lésions pendant la vie ?

VII. Quels sont les moyens de prévenir la résorption purulente à la suite des opérations chirurgicales ?

VIII. Décrire les différentes stomatites; insister sur les caractères différentiels et sur le traitement.

IX. Dans l'état actuel de nos connaissances, quels sont les effets thérapeutiques obtenus par la compression dans les anévrysmes, les tumeurs en général et les ulcères.

X. Quels sont les avantages et les inconvénients de la version dans les cas de rétrécissement du bassin ?

XI. Discuter les avantages et les inconvénients des divers modes d'application du forceps.

XII. De l'action des alcalins dans le traitement des maladies.

XIII. Résoudre une question de médecine, de chirurgie ou d'accouchement, au choix de l'auteur.

Les mémoires envoyés en réponse à ces questions doivent être écrits lisiblement en flamand, en français ou en latin, et adressés *franco*, dans les formes académiques, avant le 1er mars 1865, au secrétaire de la Société, le docteur E. Leseliers, rue Basse, 23, à Gand.

Il sera décerné à l'auteur d'un mémoire couronné : une médaille en or de 200 francs, frappée à l'effigie de la Société ; le titre de membre correspondant, et cinquante exemplaires de son mémoire.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des formes de l'obésité et de leur traitement spécial.

Quand une question est à l'ordre du jour, le *Bulletin de Thérapeutique* ne manque jamais de l'étudier, et d'en mettre les éléments sous les yeux de ses lecteurs, principalement dans ce qu'ils ont d'afférent à l'objet spécial de sa publication. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises, dans ces derniers temps, nous avons consigné dans ce journal quelques renseignements pratiques qui nous ont semblé ou utiles ou à vérifier sur le traitement de l'obésité, cette déviation, plus grave qu'on ne semble le croire en général, du type normal de la nutrition, et à laquelle les médecins ont peut-être le tort de ne pas accorder une attention suffisante. C'est ainsi que, tout récemment encore, nous résumions dans une note les résultats de l'étude que M. le docteur Dancel vient de publier sur cette même affection. Aujourd'hui, fidèle à notre habitude de grouper, de rapprocher les travaux d'origines diverses qui se rapportent à une même question, afin qu'ils puissent s'éclairer, se confirmer, se compléter les uns par les autres, nous empruntons à un journal d'outre-Manche [1] un article dû à la plume de M. le docteur Ed. Smith, médecin à l'hôpital pour la consomption et les maladies de la poitrine, et qui nous paraît propre à fournir encore sur le même sujet, le traitement de l'obésité, quelques données intéressantes. Voici textuellement, à peu de chose près du moins, le travail de notre confrère anglais :

L'obésité est un sujet sur lequel l'attention a été appelée récemment et s'est portée avec un intérêt peu commun, et il y a certainement lieu de se féliciter que des avertissements judicieux aient mis le public en demeure de se rendre compte de l'importance du régime diététique, et en même temps de se pénétrer de la justesse des idées que professe la science à cet égard. Nul doute, en effet, que les moyens recommandés pour procurer la diminution du volume exagéré du corps ne soient basés sur des connaissances physiologiques exactes, et qu'ils ne soient bien connus de la généralité des médecins. Mais il n'est pas moins positif aussi que, dans un grand nombre de cas, la rapidité avec laquelle l'excès de la corpulence a été réduit et la violence des remèdes employés ont fait tomber le volume du corps au-dessous de son type naturel, ont

(1) *Du régime dans le traitement des maladies. The Lancet*, 14 et 21 mai 1864.

jeté le trouble dans l'équilibre des fonctions, considérablement amoindri la puissance du cœur et le pouvoir d'assimilation, et, en diminuant la tonicité générale de l'organisme, amené une faiblesse actuelle et préparé pour l'avenir les fondements de maladies sérieuses.

Il y a une distinction à faire entre les sujets que leur corpulence engage à réclamer l'intervention de la médecine. Il en est, en effet, qui ont le ventre proéminent sans éprouver d'ailleurs aucune sensation de gêne et d'accablement résultant du volume du corps; tandis que d'autres, outre la proéminence de l'abdomen, sont incommodés à un degré plus ou moins prononcé par une obésité générale. Ces deux catégories de sujets ne sauraient être, sans inconvénients sérieux, soumis à des moyens de traitement identiques.

A. La grosseur du ventre avec volume modéré du reste du corps, est beaucoup plus souvent due à une distension des intestins qu'à un dépôt exagéré de graisse. Certains individus, grands mangeurs, d'ailleurs prédisposés, retiennent dans leur canal intestinal, en quantité considérable, les résidus des matières alimentaires, et ont habituellement ce canal distendu par des gaz. Il est en outre très-commun chez ce genre d'individus que la digestion du pain et des autres aliments végétaux se fasse avec lenteur, en sorte que leurs repas sont suivis d'un gonflement manifeste et d'une sensation d'oppression ; à quoi viennent s'ajouter la tendance à la constipation, la nécessité d'un usage en quelque sorte régulier de médicaments apéritifs et la difficulté d'obtenir des effets purgatifs autrement que sous l'influence de doses élevées. La persistance de semblables conditions jusque dans la partie moyenne de la vie a nécessairement pour conséquence une augmentation continue de la capacité du gros intestin, et dès lors nous trouvons que l'exagération du volume de l'abdomen, chez ces personnes, est due à une dilatation permanente du canal alimentaire, à des accumulations copieuses de matières demi-solides plus ou moins complétement digérées et de gaz, en même temps qu'à une certaine proportion de dépôt adipeux. Qu'ont de commun de telles conditions avec l'obésité, et comment la méthode de traitement pourrait-elle être la même dans les deux cas ?

Un homme distingué par ses talents et sa position dans le monde, de haute taille, de large et puissante structure, d'une corpulence modérée, mais ayant le ventre gros, prit tous les jours un bain ture pendant un mois, et en même temps réduisit son régime journalier à une livre (453 grammes) d'aliments solides, qui, tout

compte fait, ne contenaient pas quatre onces de carbone. Il avait ainsi obtenu une diminution rapide du volume et de l'abdomen et de tout le corps, au point qu'en pinçant la peau des bras, on pouvait y former des plis de trois pouces; il avait en même temps perdu son teint, sa force, son appétit, son entrain; la pâleur des lèvres, des gencives, de la langue témoignait du degré auquel était porté l'appauvrissement du sang. Dans son anxiété, il se pesait six fois par jour, et avait cherché à déterminer l'influence d'une espèce de vin comparativement à une autre sur l'accroissement du poids du corps. Ainsi, il avait trouvé un remède efficace contre la corpulence, et, en le continuant, il n'eût pas tardé à le trouver également efficace contre tous les maux de la vie.

Quel devait être le traitement dans un cas de ce genre? Il est bien évident : 1° Entretenir la liberté du ventre au moyen d'un léger apéritif tous les deux jours, et d'un purgatif plus actif une fois par semaine; 2° Diminuer la quantité des aliments farineux, et, au besoin augmenter celle des aliments animaux; 3° Cure de la dyspepsie; 4° Favoriser l'assimilation et accroître la tonicité générale; 5° Large exercice corporel. Ce système, dans l'espace d'un mois, eût réduit de six pouces la circonférence de l'abdomen, sans agir sur l'ensemble de l'organisme, en améliorant en même temps la tonicité générale, la digestion, l'assimilation, en procurant un sentiment de légèreté et de liberté dans l'action du corps et de l'esprit; et ces résultats eussent persisté, *cæteris paribus*, autant qu'eussent été continuées les conditions propres à les produire.

B. Quand c'est une obésité générale que l'on a à traiter, il est nécessaire d'avoir présentes à l'esprit les circonstances suivantes.

I. L'excès du volume est dû à la présence de liquides aussi bien qu'à la graisse; et comme le corps est formé de liquides dans la proportion de quatre-vingts pour cent, il s'en suit qu'un accroissement très-rapide de son volume dépendra plutôt d'un surcroît de ces derniers que du tissu adipeux. Même lorsque cet accroissement semble être dû à la graisse, il y a lieu de remarquer que les personnes grasses diffèrent extrêmement sous le rapport de la fermeté de leurs chairs, et que beaucoup ont le teint pâle, une apparence molle et flasque, avec peu de résistance des chairs à la pression, un état de santé manifestement peu solide. C'est une remarque qui se fait communément en parlant de certains individus, qu'ils n'ont qu'une mauvaise graisse, expression par laquelle on entend que l'accroissement de leur corpulence n'est pas dû à de la graisse seulement, que rapide dans ses progrès, il ne peut être que temporaire

dans sa durée, et qu'il n'est pas la marque d'un profit de la nutrition. Il arrive souvent qu'un tel accroissement est le résultat d'une modification du régime, d'un usage excessif de boissons, telle que la bière, ou simplement du changement de saison, comme par exemple l'avénement du printemps, époque de l'année où il se produit naturellement une augmentation du poids du corps.

Dans de tels cas, la marche à suivre consiste à enlever au corps son excès de liquide et en même temps à améliorer la nutrition sans diminuer la quantité d'aliments. La soustraction des parties liquides en grande quantité se fait par la peau d'une manière et plus prompte et plus sûre, étant dans ce cas accompagnée d'une moindre proportion de matériaux solides, tandis qu'un flux abondant d'urine s'accompagne presque constamment d'une augmentation dans l'excrétion de l'urée, le produit de la désassimilation nutritive. En outre, cette soustraction s'effectue avec plus de facilité par la voie cutanée, par ce fait que nous sommes en possession d'une influence plus certaine et plus grande sur l'action de la peau que sur celle des reins. Par conséquent, bain turc répété tous les trois jours, et suivi chaque fois de l'administration d'une abondante douche froide; soin de provoquer la transpiration par l'usage de vêtements convenables et l'habitude d'un exercice régulier suffisant, avec la précaution en même temps d'éviter l'impression du froid; abstinence de la bière; alimentation végétale restreinte, usage modéré d'aliments animaux de tout genre: tels sont les moyens propres à amener le résultat indiqué. Dans cette espèce d'entraînement, à côté du but à atteindre, qui est d'amener la diminution du poids du corps, — comme chez les jockeys, par exemple, — il y a un danger sérieux, celui de voir l'appétit se perdre, l'énergie du cœur devenir languissante, la circulation s'accomplir d'une manière imparfaite, toutes choses dont la conséquence serait un affaiblissement de l'action vitale et un abaissement du ton de la santé : aussi y a-t-il lieu de n'y pas insister trop longtemps et de surveiller attentivement semaine par semaine. L'effet sur le cœur et la circulation est simplement physique; car s'il est fait une soustraction trop prompte au liquide contenu dans les vaisseaux, moins grande sera la résistance opposée au courant sanguin, et moindre par conséquent la force que le cœur devra dépenser pour entretenir la circulation. Troubler l'équilibre nécessaire entre la force déployée par le cœur et la résistance opposée à la circulation, et abaisser au-dessous d'une juste limite cette résistance dans les capillaires qui est nécessaire pour l'accomplissement de l'action vitale (toutes les

actions essentielles qui ont rapport à la nutrition ayant lieu dans les capillaires), c'est saper les bases mêmes de la santé. Aussi voit-on ceux qui se livrent à cette espèce d'entraînement pendant une période trop prolongée, et qui répètent trop fréquemment l'emploi de ces moyens, tomber dans un état d'épuisement et mourir d'une manière prématurée.

Quant à déterminer l'élimination de l'excès des liquides par la voie rénale, c'est une tentative qui peut être suivie de résultats ; mais il est important de n'y pas insister longtemps, car l'on s'exposerait à voir survenir une affection des reins et un trouble dans l'équilibre général de la circulation. Il est des cas où, sous l'influence de causes naturelles, il se produit une augmentation considérable dans la quantité du flux urinaire, et j'ai eu moi-même occasion d'en citer des exemples remarquables (1) ; mais il ne serait pas facile de provoquer de tels flux artificiellement, et, et tout cas, on ne le pourrait pas sans inconvénient.

II. Quand il y a réellement excès dans la proportion du tissu adipeux, ce qu'on doit avoir en vue, c'est, d'une part, de réduire l'usage des substances qui fournissent à la sécrétion de la graisse, de manière que cette sécrétion reste un peu au-dessous des besoins journaliers de l'économie ; et, d'autre part, par l'accroissement de l'exercice musculaire, d'augmenter l'activité de la fonction respiratoire, afin que, la quantité des aliments combustibles venus du dehors étant insuffisante, la graisse en dépôt puisse être résorbée et consumée. Il est nécessaire en même temps, bien entendu, que les forces générales soient maintenues dans leur intégrité.

a. Réduire la quantité des substances génératrices de la graisse ou des aliments respiratoires. Ces substances sont la graisse, la fécule et le sucre : la première de ces substances pénétrant dans la circulation en nature, mais ne se déposant probablement pas dans les tissus, à moins qu'elle n'excède les besoins de l'économie ; la seconde, qui se transforme principalement en sucre et produits congénères, puis en graisse, mais alors seulement, suivant toute probabilité, que la proportion digérée dépasse les exigences immédiates de la respiration ; la troisième, enfin, pénétrant dans le sang en nature, mais n'allant former de la graisse que sous les mêmes conditions que la fécule. Il suit de là que toute la question consiste à se demander quel est le *quantum* de ces substances réclamées par l'économie, et dans quelle proportion nous pouvons nous permettre

(1) *Transact. of the Roy. Society*, 1861.

de ne lui en accorder qu'une ration inférieure, de manière à faire traite, pour ainsi dire, sur le dépôt emmagasiné au sein de l'organisme. Or, c'est ce qui varie suivant l'activité avec laquelle s'accomplit la fonction respiratoire, et cette activité dépend en partie de la constitution de chaque sujet, et principalement de la quantité d'exercice corporel auquel il se livre. Un homme gras, en bonne santé, est en général un homme qui jouit de la vie, et qui prend facilement les choses. Il peut ne pas manger beaucoup, mais il choisit ses mets et s'en délecte. Il digère ses repas, fait un somme après dîner, se couche de bonne heure et dort profondément, et, quand il est éveillé, préfère un fauteuil à bras ou une voiture garnie de bons coussins aux secousses du trot d'un cheval ou à la promenade à pied, en gravissant une colline par un jour de vent. Il est encore remarquable combien, en général, il s'habille chaudement. Aussi, sa nourriture lui profite, il résiste à la déperdition de chaleur en opposant aux causes de refroidissement des corps mauvais conducteurs, la couche graisseuse qui l'enveloppe et ses amples vêtements, et en prévenant une trop grande évaporation de la perspiration cutanée ; et quoiqu'il puisse envier la légèreté et l'activité du facteur de la poste, il ne fait certes pas l'exercice requis de celui-ci pour accomplir sa tâche journalière. Avec peu d'exercice musculaire, peu de perte de calorique, un tel individu n'a pas besoin d'autant de carbone (aliments respiratoires) que les autres sujets ; et tandis que l'estimation de différents observateurs porte de 5 à 13 onces 1/2 la quantité de carbone réellement éliminée par les poumons, tandis que mes propres expériences (1) font voir qu'au repos cette quantité est à peu près de 7 onces 1/4, de 8 onces 1/2 pendant l'exercice modéré, de 11 onces 3/4 pendant le travail corporel, il est probable que la quantité nécessaire pour maintenir le poids journalier ne dépasse pas 7 onces, et qu'elle pourrait être temporairement réduite à 5 si l'on avait en vue d'amener une diminution de ce poids.

Il suit de là qu'une réduction considérable dans la quantité de ces aliments peut être faite avec avantage, pourvu qu'elle s'effectue lentement, qu'elle reste maintenue dans de justes limites, qu'elle soit continuée avec une persévérance patiente, et que les effets en soient attentivement surveillés à de courts intervalles ; de plus, par ce qui précède, on verra qu'il est de peu d'importance de retran-

(1) Voir *Health and disease as influenced by the cyclical changes in the human system.*

cher l'une quelconque seulement des substances qui engendrent la graisse ou de faire porter la diminution sur les trois à la fois. *Mais il est essentiel d'avoir présent à l'esprit qu'à mesure que la graisse mise en réserve dans l'organisme aura été dépensée, le temps viendra où il sera nécessaire d'augmenter la ration alimentaire.*

b. Augmentation de l'activité musculaire (1). Mes recherches sur l'effet de l'exercice à des degrés exactement mesurés, telles que je les ai publiées (2), montrent que, en prenant la position couchée comme minimum et comme unité de comparaison, la marche à raison d'un mille par heure donne 1.9 ; à deux milles, 2.76 ; à trois milles, 3.22 ; et à quatre milles, 5. L'effet de la course à cheval au petit galop, sur une bête à réactions rudes, est de 3.16 ; au trot, 4. L'effet de l'action de ramer, avec une force ordinaire, est exprimé par 3.33 ; de la natation, dans les mêmes conditions d'effort, 4.33. Ces chiffres représenteront à la fois l'effet produit sur l'organisme en tant que dépense de substances grasses ou génératrices de la graisse dans un temps donné, et le nombre d'heures plus considérable dans lesquelles doit être continué un exercice donné, à un degré modéré, pour rendre l'effet égal à celui que détermine ce même exercice à un degré plus intense. Par exemple, une marche d'une heure, à raison de quatre milles par heure, occasionnerait une dépense de graisse aussi considérable que près de trois heures de marche à raison d'un mille par heure ; et une heure sur la roue (3) forme l'équivalent de quatre heures de mar-

(1) Dans la note que nous avons insérée sur le traitement de l'obésité conseillé par M. Dancel, il est dit que ce médecin n'insiste pas assez sur les bons effets des exercices musculaires comme moyen de diminuer l'embonpoint. Nous nous proposions de revenir tout spécialement sur cette question ; l'article de M. Smith nous dispensant de ce soin, nous devons dire un mot d'une réclamation que nous avons reçue de M. Dancel. Ce confrère nous adresse les passages de son livre dans lesquels il signale les avantages des exercices ; toutefois, il fait remarquer que la plupart des obèses qui réclament les conseils d'un médecin sont dans l'impossibilité de se livrer à une marche soutenue. Il faut donc, par le régime diététique et l'emploi des purgatifs, commencer par débarrasser les malades d'une partie de leur trop grand embonpoint. Les exercices musculaires ne sont, par conséquent, qu'un moyen adjuvant, et ne sauraient constituer, pour lui, une médication fondamentale du traitement de l'obésité. Ces remarques sont très-justes ; mais nous croyons qu'elles n'ont pas été omises dans le premier article que nous avons publié.

(2) *Edinburgh med. and. surg. Journ.*, janv. 1859.

(3) Il s'agit de ces roues munies d'échelons, telles qu'on en voit à l'ouverture des carrières des environs de Paris. Il paraît que dans les dépôts de mendicité d'Angleterre, dans les *workhouses*, cette sorte de machine est employée comme force motrice et mise en mouvement par des hommes.

che ordinaire. Il suit de là que nous avons dans l'exercice un moyen d'action presque aussi puissant que dans l'abstinence; mais, dans l'emploi de ce moyen, nous devons procéder par degrés lentement progressifs, et si nous le continuons, ne jamais le pousser jusqu'aux limites de l'affaiblissement de l'action cardiaque et de l'épuisement général.

Il est curieux de savoir quelle dépense de graisse occasionnent par heure différents modes d'exercice. Ainsi une heure de décubitus paisible dans le sommeil de la nuit dépense 0.21 once de graisse; une heure de décubitus, mais dans l'état de veille, le jour, 0.46; une heure de station debout, 0.55; une heure de marche à raison de deux milles par heure, 1.1; à raison de trois milles par heure, 1.6; une heure de travail sur la roue (s'il est continu), 2.75. Ainsi, une livre de graisse serait reprise à l'organisme à défaut d'aliments, et dépensée par moins de six heures de travail sur la roue, par dix heures de marche à raison de trois milles à l'heure, et par quatorze heures et demie de marche à deux milles. Si maintenant nous estimons qu'il faut 10 onces de carbone par personne et par jour avec un exercice modéré, et si par les aliments nous n'en fournissons que 5 onces, il y aura une dépense journalière de 8 onces de graisse ou des autres matériaux donnant du carbone mis en réserve dans l'organisme, en outre de la quantité beaucoup plus considérable de liquide qui serait éliminée dans le même temps. J'ai constaté qu'une perte de 6 livres en poids peut être provoquée dans l'espace d'un seul jour.

Ainsi, et pour conclure :

1° A un point de vue médical, nous devons, dans chaque cas particulier, examiner si le volume et le poids du corps sont d'une manière appréciable en excès par rapport au type normal de la santé, nous rappelant qu'une certaine proportion de dépôt adipeux est naturel à l'homme et à tous les animaux qui ont une alimentation mixte. Si un individu, pour des motifs qui lui sont propres, cherche à réduire son volume au-dessous de ce type, il doit être seul responsable des résultats.

2° Il est nécessaire également de se rendre un compte exact du degré de vigueur de la constitution, en ayant soin de comprendre dans cette évaluation la puissance du cœur et les fonctions de digestion et d'assimilation; de même aussi, des conditions dans lesquels vit le malade, et de son aptitude à se livrer à l'exercice, afin de déterminer dans quelle proportion la réduction des aliments, l'élimination de liquide, et l'exercice peuvent, chez lui, être supportés d'une manière compatible avec une bonne santé.

3° Lorsque le plan du traitement a été arrêté, il doit être conduit d'une manière lente, mais avec fermeté, pendant un certain nombre de semaines ou de mois, sans s'en départir en aucun cas.

4° L'état de la santé et de la force corporelle doit être surveillé de temps en temps, et à mesure que le volume du corps diminue, le régime alimentaire doit être augmenté.

5° Lorsque le volume désiré a été obtenu, il ne sera pas possible de maintenir un poids exactement uniforme durant de longues périodes de temps ; mais il est nécessaire alors de régler le régime de manière qu'il puisse suffire à maintenir la santé et le poids dans des conditions en rapport avec celles dans lesquelles vit le malade.

6° Si le malade ne se plaint que de l'augmentation de volume du ventre, il ne sera pas nécessaire, et il ne serait pas sûr, de diminuer matériellement la quantité d'aliments ; mais en veillant aux évacuations, à la digestion, à la réduction de la quantité des aliments féculents, à l'abstinence du poisson, à l'élimination par la peau, on amènera les résultats désirés.

7° Quand, en même temps que le volume du corps, on voit les tissus perdre et s'atténuer, il est essentiel de soutenir la force au moyen d'aliments azotés abondants et d'une petite quantité de vin, en même temps que l'on poursuit l'élimination des liquides par un exercice actif et l'usage du bain d'air chaud suivi de douches froides.

8° Quand, avec l'obésité, il y a une forte et vigoureuse constitution, on est autorisé à appuyer sur la diminution de la quantité des aliments et l'augmentation de l'exercice musculaire. Dans ce cas, c'est la viande de boucherie qui devra fournir la plus grande proportion du régime alimentaire, et une forte réduction sera faite sur les aliments farineux. Pain bis, afin de maintenir la liberté du ventre ; le pain de gluten avec son excès de principes azotés et son absence de fécule, peut le remplacer ou y être ajouté. Il ne sera accordé de lait, sucre et corps gras que ce qu'il en faut pour compléter la quantité de carbone absolument nécessaire. Le poisson convient beaucoup moins que la viande de boucherie ; et s'il y a nécessité d'accorder du vin, il devra contenir le moins d'alcool possible. La bière et les liqueurs spiritueuses devront être évitées.

Il n'est pas possible de fixer la proportion de ces diverses espèces de substances alimentaires qui pourrait convenir dans tous les cas ; elle doit être déterminée par le médecin chargé de la direction du malade ; mais nous donnerons deux exemples qui pourront servir de guide, l'un supposant une ration correspondante à 7 onces 1/2, et l'autre à 5 onces de carbone.

Ration correspondante à 7 1/2 onces de carbone : viande de boucherie (sans os), crue, 12 onces; pain, 6 onces; sucre, 1 1/2; beurre, 1 ; légumes, 4; lait, 1/4 de pinte.

Ration correspondante à 5 onces de carbone. Viande de boucherie (sans os), crue, 10 onces; pain, 3; pain de gluten, 3; légumes frais, 2; sucre, 1 once.

Dans l'un et l'autre cas, il devra être fait trois repas par jour, avec de la viande à chaque repas. Le dernier de ces deux régimes exigera beaucoup de courage et de volonté de la part du malade, et de celle du médecin une constante surveillance, la quantité d'aliments qu'il comporte n'étant pas équivalente aux besoins journaliers de l'économie, même pour un homme de petite taille.

La quantité d'exercice qu'il conviendra de faire quotidiennement, dans les cas où l'obésité n'est pas excessive, sera de trois heures à deux milles par heure, consistant en une promenade, une sorte de flânerie au voisinage de la maison ou dans les rues, et de deux à trois heures à trois milles par heure, c'est-à-dire à un pas de marche très-modéré : ce dernier exercice peut-être remplacé par deux heures de course à cheval et au trot.

La durée du sommeil ne doit pas excéder six ou sept heures par jour, aussi longtemps que la santé pourra s'en accommoder; en aucun cas le malade ne doit se permettre le sommeil dans le milieu du jour.

9° L'expérience des médecins qui s'occupent avec le plus d'attention du régime, est qu'il est de beaucoup plus aisé de régler une méthode de traitement propre à combattre l'obésité chez un homme très-replet, que d'obtenir du malade de s'y soumettre.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur les varices du col de la vessie chez l'homme, et sur le traitement de la rétention d'urine qui en est la conséquence par la sonde à demeure.

Par M. le docteur Duclos (de Méru) ancien interne des hôpitaux.

Après avoir recueilli dans les hôpitaux, pendant notre internat, et dans notre clientèle, plusieurs observations qui nous semblent établir que la rétention d'urine chez l'homme, passé cinquante ans, reconnaît souvent pour cause des varices du col de la vessie; après avoir trouvé dans une thèse de M. le docteur Triquet « *Des causes de la rétention d'urine chez les vieillards,* 1851 » trois

faits semblables aux nôtres ; enfin, après avoir rencontré quelques cas analogues dans le *Traité des voies urinaires* de Chopart, dont l'expérience spéciale est justement estimée, nous avons réuni nos observations aux faits de ces auteurs, et aux détails connus de Chopart se rapportant à la maladie que nous avions observée nous-même. De tout cet ensemble il est résulté un court travail qui nous paraît destiné à faire mieux connaître qu'elles ne le sont aujourd'hui les varices du col de la vessie, dont beaucoup d'auteurs nient encore l'existence à l'heure qu'il est. C'est ce travail que nous n'hésitons pas à placer sous les yeux de nos confrères, persuadé que sa lecture sera profitable à plusieurs.

L'existence des varices du col de la vessie a été mise en doute, avons-nous dit; et en effet, en 1846, dans la *Bibliothèque du médecin-praticien*, Fabre disait : « Les varices du col de la vessie ont été mises en avant pour expliquer certaines hémorrhagies qui se déclarent à la suite du cathétérisme, et la sensation d'un frottement rude, inégal, sensation qui en impose quelquefois pour celle que donne la pierre. Ce qu'il y a de vrai, c'est que le col de la vessie offre bien, dans certains cas, des veines plus développées que de coutume, dans les affections chroniques du viscère ou de la prostate ; mais ce volume des veines ne mérite pas, en général, le nom de varices. On n'a jamais rencontré de tumeurs variqueuses, les varices du col de la vessie n'existent ni comme maladie ayant ses symptômes propres, ni même comme lésion anatomique bien constatée, à tel point que les hommes spéciaux n'en parlent que pour les nier et que nos meilleurs classiques les passent complétement sous silence. » (Tome IV, page 27.)

Pourtant d'autres auteurs, M. Laugier dans le *Répertoire des sciences médicales*, et Roux dans le même ouvrage, admettent l'existence des varices vésicales; et même ce dernier auteur, en parlant des causes de la rétention d'urine, dit : « Souvent plusieurs causes sont réunies pour la produire, et à quel chirurgien n'est-il pas arrivé de rencontrer à la fois une faiblesse légère de la vessie, quelques vaisseaux variqueux au col de la vessie et un léger rétrécissement de l'urètre ? »

Vraiment nous ne voyons pas pourquoi Fabre dit que les hommes spéciaux nient l'existence des varices vésicales, car déjà, en 1791 et 1792, Chopart signalait la maladie à l'attention des observateurs de son temps.

Et, en effet, déjà à cette époque, Chopart, cherchant à faire admettre les varices du col de la vessie, comme nous le faisons nous-

même aujourd'hui, disait, pages 246 et suivantes, tome II, *Traité des maladies des voies urinaires* :

« Cette maladie était peu connue de l'antiquité : Cœlius Aurelianus en a traité sous la dénomination d'*hémorrhoïdes*. De même qu'à l'anus, ajoute Aurelianus, il se forme des hémorrhoïdes à la vessie : elles coulent, mais par intervalles, et c'est à quoi le chirurgien prudent doit être attentif; lorsque le sang est retenu, la douleur à la région du pubis, la tension des aines, la pesanteur du bas des hanches et l'affection sympathique des reins, avertissent que le sang s'accumule dans la vessie : la cessation de tous ces accidents, lorsque le sang recommence à couler, complète le diagnostic de cette maladie; mais si les hémorrhoïdes vésicales s'engorgent et se tuméfient de plus en plus, elles causent la difficulté dans la miction ou la rétention d'urine. »

La théorie, reprend Chopart, que donne Aurelianus sur les hémorrhoïdes de la vessie, n'est étayée d'aucune observation : l'analogie du flux hémorrhoïdal de l'anus avec le pissement de sang qui revient par intervalles et qui est quelquefois périodique, n'a-t-elle pas suggéré à cet auteur l'idée d'hémorrhoïdes vésicales? Ne nous livrons pas aux conjectures, tâchons de découvrir dans les observations quelques faits pratiques qui constatent l'existence des varices ou des hémorrhoïdes de la vessie :

Premier fait. — Bonet rapporte qu'après la mort d'un homme qui avait eu pendant longtemps les symptômes ordinaires aux calculeux, on trouva seulement les veines du col de la vessie variqueuses et très-distendues par le sang. (*Sepul.*, lib. III, sect. xxv, p. 263.)

Deuxième fait. — Les varices de la vessie n'ont point échappé aux recherches pathologiques de Morgagni. Il a ouvert le corps d'un homme de soixante ans chez lequel les tuniques de la vessie étaient très-épaisses, des vaisseaux sanguins répandus sur la face interne de ce viscère se portaient vers l'orifice de son col; ils étaient tellement distendus par le sang, qu'au premier abord on aurait cru qu'il y avait autant d'hémorrhoïdes qui recouvraient cet orifice que d'amas de vaisseaux parallèles. (*De sed.*, ep. 63, art. 13.)

Voilà, ajoutait Chopart, les faits les plus authentiques que nous ayons trouvés dans les auteurs sur les varices de la vessie; quant à nous, nous avons eu aussi l'occasion d'observer cette affection variqueuse :

Troisième fait. — En 1786, dit Chopart, j'ai assisté à l'ouverture du corps d'un calculeux âgé d'environ soixante ans, qui avait

été sujet au pissement de sang, et dont l'anus était bordé de grosses hémorrhoïdes : sa vessie contenait une pierre mûrale, noirâtre, de la forme et de la grosseur d'un œuf de poule, et du poids de 2 onces 6 gros; la tunique interne de ce viscère offrait des espèces de colonnes charnues semblables à celles des cavités du cœur, et présentait des vaisseaux variqueux qui se portaient en serpentant vers l'orifice de la vessie et se prolongeaient dans ce conduit. Le plexus veineux qui rampe autour de la prostate, et les vaisseaux hémorrhoïdaux étaient très-dilatés par le sang. Si cet homme eût subi l'opération de la taille, la section du col de la vessie aurait pu causer une hémorrhagie dangereuse.

Quatrième fait. — Chez un homme de soixante-dix ans, qui est mort de rétention d'urine au vingt et unième jour de la maladie, et qui n'avait pas été traité par la sonde à demeure, mais seulement par le cathétérisme répété, je n'éprouvais pendant ce cathétérisme, dit Chopart (page 37), de la résistance qu'au col de la vessie, et il sortit de l'urine rougeâtre. A l'autopsie, la vessie avait la grosseur d'une moyenne pomme, ses parois avaient sept lignes d'épaisseur à son bas-fond et un peu moins dans le reste de son corps; sa capacité pouvait contenir une noix; sa face interne présentait, çà et là, des rides ou colonnes, tournées comme de grosses cordes dont les intervalles formaient des espaces celluleux remplis de matière muqueuse ; nous avons distingué quelques vaisseaux dilatés vers le col de la vessie, qui était dur et presque aussi racorni que le corps de ce viscère. La prostate avait plus d'épaisseur et de consistance que dans l'état ordinaire. J'ai mis macérer cette vessie pendant plusieurs jours dans l'eau; ses parois et ses colonnes se sont réduites en tissu cellulaire filamenteux.

Ces faits, ajoute Chopart, suffisent pour ne laisser aucun doute sur la possibilité de la formation des varices à la vessie et particulièrement à son col; et ensuite il décrit la maladie.

La méthode que suit là Chopart, raconter des faits cliniques, surtout avec autopsie, nous paraît excellente pour faire admettre l'existence de la maladie, et c'est elle que nous voulons suivre également pour convaincre de l'existence des varices vésicales les personnes qui, encore aujourd'hui, en se guidant sur l'article de Fabre, révoqueraient en doute cette maladie. Mais pour ne pas allonger cette notice, déjà si longue, nous abrégerons nos observations le plus possible, et nous les intercalerons dans le résumé de la maladie, que nous voulons faire maintenant, comme exemples à l'appui de notre description.

Les varices du col de la vessie se forment principalement lorsque les parois de ce viscère sont épaisses, dures ou racornies, quand il contient des pierres, des fongus, ou que son col, la prostate et ses enveloppes sont tuméfiés par un engorgement de leurs vaisseaux.

En voici quatre nouveaux exemples recueillis dans les hôpitaux, dont trois l'ont été par nous pendant notre internat :

Obs. I. *Rétention d'urine. — Perforation de la vessie. — Muqueuse rouge violacée, lie de vin, épaissie, ramollie. — Fibres musculaires très-développées, parois vésicales épaisses, doublées de volume. — Au milieu de la paroi latérale droite de la vessie et près de la paroi postérieure, perforation arrondie, grande comme une pièce de 5 sols, à bords taillés à pic, noirs, gangréneux, fétides, communiquant dans un petit cul-de-sac extérieur à la vessie. — Au col de la vessie, sur la paroi inférieure et tenant à la prostate, tumeur mamelonnée, conoïde, à sommet supérieur, grosse comme une noisette, d'un tissu blanc jaunâtre et d'un aspect fibro-plastique, peu ferme quand on la coupe, tenant par une bride fibreuse longitudinale étendue sur la paroi inférieure de la portion prostatique de l'urètre.— La muqueuse présentait deux traces de fausse route. — L'état variqueux des vaisseaux de la muqueuse, la membrane interne du viscère épaissie, les fibres musculaires si développées, et cette tumeur mamelonnée ont diminué manifestement le calibre de l'orifice du col vésical, et ont dû produire la rétention d'urine.* — Le nommé Labourelle, cordonnier, âgé de cinquante-quatre ans, fut amené le 31 janvier 1851 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Malgaigne, pour se faire soigner d'une rétention complète d'urine, survenue trois semaines auparavant, après avoir éprouvé un refroidissement étant en sueur. Déjà, quatre ans auparavant, il avait été sondé pour une maladie semblable. Son père et un oncle ont souffert également de maladie des voies urinaires. Quant à lui, il n'a jamais eu de blennorrhagie.

Efforts inouïs pour uriner. — Ténesme. — Envies continuelles d'uriner. — Douleurs violentes dans les reins, le siége et l'urètre. — Soif vive. — Frissons. — Fièvre. — On le sonde, et l'on retire chaque fois un demi-litre d'urine bourbeuse, rougeâtre, fétide et comme purulente.

Pendant les sept jours que ce malade passe dans nos salles, la rétention d'urine persiste dans le même état, il survient du dévoiement, plus tard de fréquentes pertes de connaissance ; l'affaissement est progressif et le malade succombe le 6 février.

Pendant le cathétérisme, le bec de la sonde paraissait toujours arrêté un moment derrière la symphyse, au col vésical ; et la sonde d'argent fut tachée en noir deux fois dans les deux derniers pouces de son extrémité vésicale. — Une fois, en le sondant, il sortit un demi-litre d'urine sanglante. — Par le toucher rectal, la prostate nous parut augmentée de volume et très-chaude.

Obs. II. *Cystite chronique. — Incontinence, puis rétention et enfin suppression d'urine. — Tumeur fibreuse composée de deux*

lobes avec rigole de chaque côté, du volume d'une petite noix, située au col vésical et qui le tenait constamment béant. — Hypertrophie de la vessie qui est remplie d'urine purulente. — Colonnes charnues nombreuses et développées. — Vessie ressemblant à l'utérus au commencement de la grossesse, située aux trois quarts hors du bassin. — Elle a des parois de 6 lignes d'épaisseur. — Muqueuse grise verdâtre, à loges nombreuses renfermant trois ou quatre petites concrétions ou pierres blanches très-dures. — Les fibres charnues sont blanches comme des muscles longtemps inactifs. — Les deux uretères très-dilatés admettent une sonde de 9 millimètres. — Abcès dans le bassinet du rein gauche atrophié. — Rein droit offrant un tissu blanchâtre comme la chair d'anguille. — Veines vésicales superficielles et profondes très-nombreuses, noires, gorgées de sang, pelotonnées, variqueuses, surtout au col vésical et à la face postérieure de la prostate. — Le nommé Hénaut, journalier, âgé de quatre-vingts ans, est apporté le 13 mai 1852 à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Robert, pour être soigné à la suite d'une chute. Il est dans un coma léger et a une plaie de tête au niveau du pariétal droit, plaie qui n'a intéressé que les téguments, mais a produit cependant une commotion cérébrale. Quand il eut repris connaissance, on apprit qu'il avait depuis dix-huit mois une incontinence d'urine... Il passe dix-sept jours dans le service; dans les premiers temps, toujours baigné d'urine, il répand une odeur de souris. — En le sondant, on sent un obstacle à sept pouces en arrière du méat, au col vésical, et il s'écoule quelques caillots sanguins. — Par le cathétérisme, une fois, on a retiré trois verres d'urine un peu trouble, grisâtre, non fétide, non projetée. — Plus tard, la vessie contenait moins d'urine. — Par le toucher rectal, on a constaté que la prostate était très-volumineuse, avait plus de deux pouces transversalement. — Au bout de quelques jours, le ventre devint ballonné, il y eut suppression d'urine, de violentes coliques, le pouls devint petit, il survint une vaste escharre au sacrum, une grande adynamie, et le malade succomba le 1er juin.

Obs. III. *Rétention d'urine. — Cystite interne. — Saillie considérable de la lèvre postérieure du col fermant en partie cette ouverture. — Injection vasculaire bleuâtre en arrière du col rétréci qui laisse à peine passer un crayon de volume ordinaire. — Et à l'époque où nous avons fait cette autopsie, nous avions mis à la fin cette remarque : On conçoit que la muqueuse enflammée, que les veines variqueuses du col vésical ont pu fermer complétement cet orifice pendant la vie, et empêcher l'émission des urines, la valvule toute seule ne pouvant empêcher la miction, puisqu'un crayon passait facilement.* — Un vieillard de soixante-cinq ans, est apporté dans un état très-désespéré le 16 mars 1852 à l'hôpital Beaujon, service de M. Robert, pour être soigné d'une rétention complète d'urine. C'est un artiste peintre, nommé Finard, qui est depuis longtemps dans une extrême misère, et a fait de nombreux excès; il a eu plusieurs gonorrhées dans sa jeunesse, et en a eu de cordées. Il avait depuis plusieurs années de la gêne dans la miction, le jet était fin, mais lancé assez loin. Enfin, depuis vingt jours, à

son entrée dans l'hôpital, il avait une dysurie intense, un grand dévoiement, de la fièvre, une parotidite à gauche, la langue sèche, fuligineuse, une vaste escarre au sacrum, et enfin, une éruption de taches rouges framboisées à la peau, et de grandes taches ecchymotiques aux jambes; il avait une grande adynamie et sa constitution paraissait complétement épuisée.— Nous l'avons sondé deux fois avec de grandes difficultés, et en étant obligé d'introduire le doigt dans le rectum pour diriger le bec de la sonde qui était arrêté au col vésical. On a retiré un litre et demi d'urine normale.

Le malade n'a passé que trois jours dans les salles, l'affaiblissement a fait de rapides progrès, et la mort survint le 19 mars. — Outre les lésions trouvées à l'autopsie et indiquées plus haut, nous avons constaté des adhérences péritonéales surtout à la vessie, traces de péritonite ancienne; du pus dans la parotide, des fausses membranes dans les plèvres, et un sang fluide très-diffluent dans le cœur.

Nous empruntons à la thèse de M. le docteur Triquet l'observation suivante :

Obs. IV. *Rétention d'urine causée par une hypertrophie de la prostate avec varices de la vessie et varices du rectum (hémorrhoïdes).* — Le nommé Delaporte, âgé de soixante-douze ans, menuisier, est entré le 14 novembre 1847 à Bon-Secours, service de M. Denonvilliers. Il a toujours pu uriner jusqu'aux derniers mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, mais cependant il éprouvait souvent une légère difficulté dans la miction. Quelques jours avant son entrée, il eut une rétention complète d'urine sans cause connue. Il avait un peu de fièvre, une tumeur hypogastrique. On le sonde et on retire un litre d'urine limpide et odorante. Par le rectum, on sent une hypertrophie de la prostate, et, en outre, on s'aperçoit qu'il porte des bourrelets hémorrhoïdaux considérables à l'anus. — Le 17 novembre, le malade est pris de pneumonie et succombe. Le lendemain, à l'autopsie, M. Triquet constate : 1° des varices de toute la vessie; 2° des varices de la prostate qu'elles traversent en tous sens; 3° des varices du rectum.

Les quatre faits précédents montrent que la tuméfaction variqueuse du col vésical est assez fréquente chez les vieillards, surtout chez ceux qui ont eu des gonorrhées ou qui sont affectés d'hémorrhoïdes compliquées d'obstructions dans le bas-ventre. Et Chopart ajoute qu'il n'est pas rare de rencontrer la même lésion même chez des jeunes gens, qui se sont livrés avec excès aux plaisirs de l'amour ou qui ont abusé des liqueurs spiritueuses. — Voici, dit-il, comment on peut comprendre l'accroissement progressif que ce gonflement variqueux ne tarde pas à acquérir une fois qu'il est formé : il s'accroît progressivement par l'effet des causes prédisposantes que nous venons d'indiquer, et surtout par les efforts que les malades font pour uriner, et pour aller à la garde-robe; alors la contraction

violente des muscles abdominaux, comprimant fortement les viscères contenus dans le bas-ventre, et rendant plus difficile le retour du sang par les vaisseaux iliaques et mésentériques, augmente la stase sanguine dans les veines du périnée et du col de la vessie. Cette augmentation du gonflement variqueux rétrécit l'orifice de ce col, le ferme, s'oppose à l'issue de l'urine, intercepte tout à fait le passage et cause la rétention de ce liquide dans la vessie ; cet état est souvent accompagné de symptômes inflammatoires.

(*La fin au prochain numéro.*)

Un samedi à l'hôpital Necker. — Opération de taille suivie d'insuccès.

La série de succès que nous avons obtenus depuis le commencement de l'année, tant par la taille que par la lithotritie, vient d'être brusquement interrompue. Comme les revers en thérapeutique chirurgicale surtout sont généralement plus instructifs que les succès, je veux appeler votre attention sur la dernière opération de cystotomie que j'ai pratiquée le 7 de ce mois.

Avant d'entrer dans les détails, il importe de noter que l'observation qui servira de texte à nos réflexions, appartient à une catégorie de cas peu étudiés et dont j'ai déjà signalé l'importance aux praticiens.

Un homme de trente-neuf ans, jardinier aux Choux (Loiret), entre dans notre service et déclare avoir beaucoup souffert depuis dix-huit mois. Il est aisé de reconnaître que son affection remonte pour le moins à dix ans. Cependant l'état général semble satisfaisant, et la vie serait encore supportable sans la nécessité où se trouve le malade d'uriner chaque demi-heure, avec d'atroces douleurs.

La première exploration a été faite le 30 avril. La sonde est arrêtée à la portion membraneuse de l'urèthre par une pierre à surface rugueuse, du volume d'une petite noix. J'ai vainement tenté de la déloger. Solidement fixée, elle résistait à la sonde et présentait un obstacle insurmontable. Le doigt introduit dans le rectum constatait, à la face antérieure de cet intestin, une tumeur allongée, s'étendant aussi loin que le doigt pouvait atteindre. Fort douloureuse à la pression, cette tumeur n'offrait pas partout une égale dureté. C'est par le toucher hypogastrique que j'ai reconnu que la pierre n'avait pas l'énorme volume qu'on observe quelquefois dans les cas analogues. Je ne la sentais pas derrière le pubis. Un nouvel examen par l'urèthre et le rectum ne m'apprit rien de plus.

Il fallait pourtant se décider ; le malade, à bout de patience, réclamait l'opération de la taille, la seule praticable. Mais bien des éléments manquaient à mon diagnostic pour risquer l'opération. Le cathéter ne pouvant pénétrer dans la vessie, il fallait diviser sur la pierre même les tissus profonds de l'urèthre et du col vésical, puis dégager la pierre, l'écorner, la morceler, et l'extraire par fragments. Quoique le périnée eût peu d'épaisseur, je savais par expérience toutes les difficultés de ces manœuvres.

Dans le cas où la pierre serait partie dans l'urèthre, partie dans la vessie, il fallait ou agrandir l'ouverture périnéale et la prolonger au besoin afin de livrer passage au calcul, ou pratiquer immédiatement la cystotomie sus-pubienne.

Il fallait enfin songer à briser la pierre, si on ne réussissait pas à l'extraire entière. Avant l'opération, je vous ai communiqué toutes mes incertitudes et fait pressentir toutes les difficultés, peut-être insurmontables, que je m'attendais à rencontrer. J'avais néanmoins l'espoir d'écarter les obstacles en déplaçant la pierre au moment de l'opération, comme j'y ai réussi dans deux cas analogues, de façon à me ménager un espace pour le passage du cathéter et du lithotome.

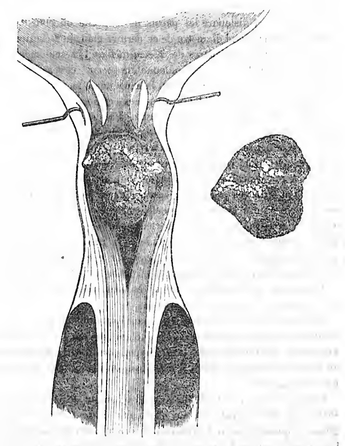
Le malade attaché, ayant respiré quelques vapeurs de chloroforme, un gros coussin soulevait le sacrum : les lombes portaient à faux. Un gros cathéter porté jusqu'à la pierre s'est engagé, après quelques tentatives entre elle et la face supérieure de la région prostatique, jusque dans la vessie ; de sorte que la pierre se trouvait entre la convexité du cathéter et le rectum. J'ai introduit le lithotome double et droit dont je me sers habituellement et l'ai ouvert de façon à ne pratiquer que des incisions superficielles. Précaution indispensable à cause de la pierre, qui obligeait de tenir l'instrument dans le col vésical, plus éloigné de sa face inférieure qu'il n'est prescrit.

Les tissus divisés, le doigt, introduit dans la plaie, constate la présence de la pierre en avant du col vésical, dans une excavation inférieure près du rectum. Après quelques tentatives, j'ai réussi à la déloger, à la pousser en arrière où elle a été saisie aisément au moyen d'une tenette ordinaire et extraite sans effort. Ainsi s'est terminée cette manœuvre.

Comme le périnée avait peu d'épaisseur, il était facile d'explorer avec le doigt tous les points de la surface de la cavité, où l'on percevait des inégalités, des saillies, des enfoncements. On eût dit d'une espèce de vessie à colonnes relâchées.

Près du bord supérieur de cette cavité était une ouverture à

contour résistant, dans laquelle le doigt s'engageait sans pénétrer toutefois bien avant, les tissus cédant à la moindre pression. Le bouton explorateur qui nous sert pour l'opération de la taille, fut porté par cette ouverture dans une grande cavité à surface lisse, à parois résistantes. C'était la vessie qui fut explorée avec un grand soin, elle ne contenait pas de pierre.



Toutes ces explorations furent répétées par MM. les docteurs Michon, Désormeaux et Debout, qui avaient bien voulu m'assister dans cette grave circonstance. L'autopsie devait bientôt nous révéler l'état des organes intéressés et confirmer l'exactitude de notre exploration.

A l'ouverture du corps, notre attention s'est portée tout d'abord

sur la cavité qui servait de réceptacle à la pierre et qui, avant l'extraction de celle-ci, livrait à grand'peine passage au lithotome et au cathéter. Les instruments se trouvaient serrés entre la paroi supérieure de l'urèthre et du col de la vessie et la surface correspondante de la pierre. Après la mort, la cavité a paru plus grande qu'elle n'était en réalité, par suite de manœuvres réitérées, des explorations et de l'extraction du calcul ; tout cela n'a pu se faire sans tirailler et distendre les parois de la poche où était logé le calcul. Le plus grand diamètre de ce dernier était de 2 centimètres 3/4 ; et les autres diamètres de 2 centimètres 1/2 seulement. Le dessin représente la cavité contenant la pierre, et séparément la pierre dont le volume remplissait la capacité de la poche. Sur les côtés du col de la vessie, tendu par deux érignes, on voit les deux incisions faites par le lithotome double. J'ai dit pourquoi les incisions sont aussi rapprochées de la face supérieure du col.

Ce que la figure ne rend pas exactement, ce sont les rapports de la poche avec la face antérieure et surtout avec le col de la vessie. A voir le col vésical tel qu'il est dans la figure, on pourrait croire qu'il s'agit d'un cas ordinaire ; tandis que si la figure représentait d'après nature la cavité anomale contiguë à la cavité vésicale avant la division de la face supérieure du col, on verrait cette poche formant une sorte de vestibule et la pierre remplissant la poche et maintenue par une bride jetée sur elle comme un pont. C'est de cette disposition très-rare que résulte la singularité du cas.

Le malade est mort deux jours après, sans aucun des accidents qu'on aurait pu attribuer à l'opération.

Six heures après l'opération il se manifesta une agitation extraordinaire, avec des douleurs vagues, notamment dans le dos et aux extrémités inférieures : plus tard, l'hypogastre devint douloureux au toucher, mais légèrement. A l'autopsie, on aperçut des traces de péritonite générale.

Comme il n'est pas facile de se rendre compte de la mort de ce malade, je dois rappeler ici une particularité qu'on a tort de négliger, et qui peut servir à expliquer le résultat fatal de l'opération. Les malades qui ont beaucoup souffert du col de la vessie supportent mal la taille ; et il n'est pas rare d'observer à l'ouverture du corps des ramollissements, des ulcérations, en peu de mots, des altérations profondes de la prostate. On trouvera des cas de ce genre fort intéressants dans les observations de S. B. Brodie. De trois calculeux placés dans des conditions analogues et en proie à d'horribles souffrances, deux furent taillés et succombèrent l'un immédiatement,

l'autre deux heures après l'opération, dans un état comateux ; le troisième ne fut pas opéré et mourut trois jours après son admission à l'hôpital.

Réflexions. — Les calculs engagés ou arrêtés au col de la vessie et dans la partie profonde de l'urèthre, ont fixé l'attention des praticiens, comme des cas très-curieux et très-compliqués, soit à cause des dispositions que présentent les parties et des difficultés du traitement, soit à cause des altérations et lésions pathologiques. Le diagnostic différentiel de ces cas divers est de la dernière importance dans la pratique.

Il ne peut être ici question des calculs prostatiques, qui forment une catégorie à part. Ne rentrent pas non plus dans cette série les gros calculs, que les contractions intermittentes ou permanentes de la vessie tiennent appliqués contre l'orifice interne de l'urèthre, de façon à empêcher l'introduction de la sonde dans la cavité vésicale.

La profondeur qu'atteint la sonde avant de rencontrer le calcul, la possibilité de refouler celui-ci en arrière et de faire une petite injection, le toucher anal et hypogastrique fournissent le plus souvent les notions indispensables pour le diagnostic.

I. *Calculs urèthro-vésicaux.* — Dans une vessie hypertrophiée supposons une grosse pierre présentant un contact étendu avec le col vésical ; le cas n'est pas rare. Loin de se tuméfier, la prostate se ramollit, s'atrophie ; les tissus qui concourent à former le col vésical se relâchent, se flétrissent d'avant en arrière, et progressivement la pierre s'avance dans le canal et s'y développe. Le col s'évase de plus en plus : de là des pierres conoïdes, piriformes, à mamelon allongé, qui arrête la sonde presque aussitôt qu'elle a franchi la courbure de l'urèthre. Dans quelques cas, ce mamelon qui se prolonge hors de la vessie, a un volume considérable. Devant ce corps étranger qui grossit sans cesse, le col de la vessie et la partie profonde de l'urèthre se retirent, pour ainsi dire, se dilatent démesurément ; et, chose extraordinaire, cette dilatation énorme s'effectue sans désordres sensibles. Ce n'est qu'à une période très-avancée de cet état anomal du col de la vessie qu'apparaît la phlegmasie avec son cortége de symptômes alarmants.

Chez quelques calculeux les tissus du col de la vessie résistent, de sorte que le prolongement du calcul se moule sur les parois qui l'entourent. Comme la partie membraneuse de l'urèthre est de toutes la plus dilatable, la pierre grossit, s'arrondit davantage dans cette portion du canal ; de là ces calculs à renflements, en forme de calebasse, dont on a tant d'exemples, et qui offrent le plus souvent

des difficultés insurmontables au diagnostic aussi bien qu'au traitement, à cause de la configuration des calculs et des changements qui en résultent dans la disposition des parties.

Quelques-uns de ces calculs sont remarquables par l'exiguïté du prolongement intermédiaire, ou partie moyenne qui, sépare le calcul vésical du calcul uréthral. Dans ces cas particuliers le col vésical est fortement contracté sur ce prolongement filiforme. Macgill avait noté cette particularité. Dans l'une des pièces de ma collection le pédicule est très-court ; les deux masses dont il forme le trait d'union ne sont éloignées que d'un centimètre à leur base. Dans la grande majorité des cas le col vésical et l'urèthre se dilatent en proportion et l'on ne remarque entre les deux masses, vésicale et uréthrale, qu'une sorte d'étranglement.

II. *Pierre uréthrale.* — A côté des calculs uréthro-vésicaux, il en est d'autres en grand nombre qui occupent les parties prostatique et membraneuse de l'urèthre, ou l'une seulement de ces parties. Ces cas varient d'après le nombre, le volume, la configuration des calculs, les désordres organiques et les changements dans la disposition des parties, notamment dans l'urèthre [1].

C'est à cette catégorie de cas particuliers qu'appartient le calculeux que nous avons opéré devant vous. Quelques remarques au sujet de ce cas, qui a ses caractères distinctifs.

Le calcul réputé de date assez ancienne peut exister sans qu'on observe ni troubles fonctionnels de quelque conséquence, ni lésions organiques.

Le plus souvent les surfaces en contact avec la pierre, agacées, irritées par ce contact, se contractent sur la masse pierreuse ; de telle sorte que celle-ci, comprimée et poussée, se place sur le point qui offre le moins de résistance, s'y creuse une cavité où elle se loge et se développe considérablement. A mesure qu'elle augmente de volume, il se produit des altérations à l'endroit même où la pierre s'est fixée, en avant sur le canal, en arrière, ou par côté, sur le col de la vessie. Toutes ces altérations compliquent d'autant l'affection calculeuse, et il faut en tenir grand compte dans le choix aussi bien que dans l'application des moyens curatifs.

Quel que soit le cas qui se présente, il importe avant tout de savoir si un cathéter peut pénétrer dans la cavité vésicale. Lorsque le cathéter est arrêté par la pierre, la pratique est livrée à l'aventure sans précision et sans règles.

---

[1] Cf. *Traité de l'affection calculeuse*, 1838 ; in-8°, p. 332 et seq. *Traité pratique*, 3e édit., t. I, et la troisième lettre sur la lithotritie.

Les explorations par l'anus, réputées infaillibles en théorie, laissent le plus souvent le chirurgien incertain sur le volume réel de la pierre, sa forme, ses dispositions, et ses rapports avec les tissus qui l'entourent et qui se trouvent relâchés, distendus, tiraillés ou déformés. En un mot, l'explorateur n'acquiert aucune de ces notions indispensables pour opérer selon les règles.

Il faut agir cependant, l'opération étant l'unique ressource, en tenant compte des résultats obtenus dans les cas analogues par les opérateurs les plus habiles. Il est vrai que la plupart de ces résultats n'ont fait que mettre en évidence l'impuissance de l'art; et l'on est forcé de reconnaître que les relations de pareils faits n'ont pas été faites de manière à présenter quelque utilité pour la pratique ; car on n'en a pu tirer que de faibles lumières. D'un autre côté l'opérateur peut espérer quelques chances de succès de l'insuffisance même du diagnostic. Il se pourrait en effet que les difficultés fussent plus apparentes que réelles. Le chirurgien ne saurait d'ailleurs refuser les secours de son art au malade qui les réclame avec instance. Tout ce qu'il peut faire pour rester dans son devoir, c'est de s'entourer dans ces cas désespérés de toutes les précautions que commande la prudence.

CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Rapport présenté à la Société de pharmacie sur la glycérine et les glycérolés.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler les travaux entrepris par la Société de pharmacie en vue de la révision du Codex ; si nous ne leur avons fait que de rares emprunts, cela tient à ce qu'un élément important manque à la plupart des conclusions formulées par les rapporteurs, l'élément clinique.

Les services rendus à la pratique médicale par la glycérine et les glycérolés, nous engagent à faire une exception pour la partie du rapport que M. Hébert vient de présenter à la Société, sur ce nouvel agent thérapeutique.

Après un historique bien incomplet, puisque l'auteur ne cite ni les essais cliniques du docteur Strattin, de Londres, ni ceux du docteur Dallaz, d'Odessa, qui les premiers ont appelé l'attention sur les services que la glycérine et les glycérolés peuvent rendre à la médecine pratique, l'auteur poursuit son étude pharmacolique; nous rapportons textuellement la suite de son travail.

La glycérine du commerce se présente assez souvent incolore, inodore et sans saveur désagréable, c'est-à-dire dans un état de pureté suffisant pour l'usage médical ; mais le plus ordinairement son odeur et sa saveur sont désagréables, elle est plus ou moins colorée et peut renfermer du plomb, de la chaux, des sulfates, des chlorures, voire même du chlore, que, d'après notre regretté confrère M. Dalpiaz, on emploierait dans quelques fabriques d'Angleterre pour l'obtenir complétement incolore.

La glycérine pure doit être sans action sur les réactifs colorés ; elle ne doit point donner de précipité avec l'azotate d'argent, l'azotate de baryte, l'hydrogène sulfuré et l'oxalate d'ammoniaque. Enfin, elle doit avoir une densité de 12,61 et marquer 30° à l'aréomètre.

On peut la purifier par le procédé suivant :

Glycérine purifiée.

Pr. Glycérine du commerce...........	2,000 grammes.
Eau distillée.......................	500 grammes.
Charbon animal lavé à l'eau aignisée d'acide chlorhydrique..........	500 grammes.

Laissez en contact pendant deux jours en agitant de temps en temps, filtrez et évaporez au bain-marie jusqu'à ce que le produit obtenu marque 28° à l'aréomètre de Baumé.

La glycérine ainsi purifiée est incolore, inodore, et présente une saveur sucrée, d'abord franche, avec un léger goût d'âcreté, qui ne se développe que quelque temps après.

La composition élémentaire de la glycérine $C^6H^8O^6$ donne, comme on le sait, à ce liquide la singulière propriété de dissoudre en même temps les substances fortement oxygénées, ainsi que les matières riches en carbone et hydrogène. C'est là un fait sur lequel deux membres de la Société de pharmacie, MM. Cap et Garot, ont insisté les premiers en proposant d'introduire en pharmacie un nouveau genre de solutés officinaux ayant la glycérine pour véhicule, les glycérolés [1].

---

(1) Nous devons présenter une remarquo qui a trait à l'historique des glycérolés. Oui, MM. Cap et Garot ont les premiers proposé le nom de *glycérolés* pour désigner les solutés officinaux ayant la glycérine pour véhicule, mais l'amidon qu'ils ajoutèrent à ces solutés avait seulement pour but de leur donner plus de consistance et de faciliter leur emploi topique. L'idée d'hydrater l'amidon et de transformer ces solutés en une sorte de pommade nous appartient ; c'est M. Garot lui-même qui, lors de nos premiers essais cliniques de leurs formules, nous a appris que nous avions fait une préparation nouvelle à laquelle M. Cap et lui n'avaient pas songé ; ils avaient créé le nom, nous avions réalisé la chose. *(Note du Rédacteur en chef.)*

Glycérolé d'iode.

Pr.	Iode	1 gramme.
	Glycérine purifiée	100 grammes.

Faites dissoudre à une douce chaleur au bain-marie (ne doit être préparé qu'au moment même).

Glycérolé d'iodure de potassium.

Pr.	Iodure de potassium	10 grammes.
	Glycérine purifiée	100 grammes.

Dissolvez.

Glycérolé d'iodure de potassium solide.

Pr.	Iodure de potassium	10 grammes.
	Savon animal	20 grammes.
	Glycérine purifiée	85 grammes.

Faites fondre à la température du bain-marie le savon dans la glycérine, ajoutez l'iodure pulvérisé, versez le mélange dans un mortier et battez vivement (Thirault, de Saint-Etienne).

Glycérolé de coaltar.

Pr.	Glycérine	30 grammes.
	Gomme	20 grammes.
	Extrait alcoolique de coaltar	15 grammes.

Glycérolé d'amidon.

Pr.	Amidon	2 grammes.
	Glycérine	30 grammes.

Glycérolé de sulfate de fer.

Pr.	Sulfate de fer	10 grammes.
	Glycérine	100 grammes.

Dissolvez.

On préparera de même les glycérolés de sulfate de cuivre, d'alun, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent et de tannin.

Glycérolé de ciguë.

Pr.	Extrait de ciguë	10 grammes.
	Glycérine	100 grammes.

On préparera de même les glycérolés d'extrait de belladone, d'opium, de quinquina, de cachou, de ratanhia.

Sur l'application de la dialyse à la recherche des alcaloïdes; nouveau caractère de la digitaline.

Note présentée à l'Académie des sciences, par M. Grandeau.

Les belles recherches de M. Graham sur la diffusion moléculaire ont doté l'analyse chimique de procédés précieux pour la séparation

de certains corps. La toxicologie et la chimie physiologique en particulier tireront un grand profit des méthodes de dialyse imaginées par le savant anglais. Je poursuis dans cette voie, depuis quelques mois, au laboratoire de médecine du Collége de France, des études dont je demande à l'Académie la permission de lui communiquer les premiers résultats, afin de me réserver la possibilité de continuer ces recherches, longues et assez délicates.

M. Graham a fait voir qu'on peut, à l'aide de la dialyse, déceler de très-petites quantités de certains poisons, notamment d'acide arsénieux et de strychnine, mélangés à des matières organiques de diverse nature. J'ai, de mon côté, expérimenté déjà sur la morphine, la brucine et la digitaline.

1° *Dialyse de la digitaline.* — On place dans le dialyseur 100 grammes d'eau distillée tenant en dissolution 0gr,01 de digitaline pure. Après vingt-quatre heures, on suspend la dialyse; le liquide contenu dans le vase extérieur est évaporé avec précaution, à siccité, dans une capsule de platine tarée. Il laisse un résidu pesant exactement 0gr,01, doué d'une saveur amère et présentant les caractères de la digitaline, caractères sur lesquels je reviendrai tout à l'heure. La liqueur restant dans le dialyseur est également évaporée à siccité dans un vase de platine taré; elle se volatilise sans laisser de résidu. Toute la digitaline a donc passé dans le liquide dialysé.

2° *Dialyse d'urine contenant 0gr,01 de digitaline.* — Dans 45 grammes d'urine normale fraîche, on verse 2 grammes d'une solution contenant 0gr,50 de digitaline pour 100 grammes d'eau; après dix-huit heures, on suspend la dialyse, et l'on évapore à siccité le liquide du vase extérieur (environ 300 grammes). Le résidu, à peine coloré, est repris par l'alcool; la solution alcoolique, évaporée à sec, présente tous les caractères de la digitaline avec autant de netteté que le résidu de 2 centimètres cubes de la dissolution normale de digitaline. Le contenu du dialyseur est évaporé à part; le résidu est brun; on le reprend par l'alcool à 95 degrés : la solution verdâtre ainsi obtenue fournit des réactions qui décèlent la présence de traces de digitaline. La dialyse n'avait donc pas été complète.

3° *Dialyse de morphine, brucine et digitaline mélangées à des matières animales.* — On prend l'estomac et les intestins d'un chien (quelques heures après la mort); on les fait macérer dans de l'eau à 25 ou 30 degrés pendant deux heures environ; on filtre sur une toile le liquide jaunâtre, très-odorant, résultant de ce trai-

tement. On en fait quatre parts, de 250 grammes chacune. A la première on ajoute $0^{gr},04$ de digitaline ; à la deuxième, $0^{gr},02$ de brucine ; à la troisième, $0^{gr},02$ de chlorhydrate de morphine ; on laisse la quatrième intacte. On soumet séparément à la dialyse ces quatre liqueurs. Après vingt-quatre heures, on évapore avec soin les liquides contenus dans les vases extérieurs ; les résidus obtenus sont repris respectivement par l'alcool pour séparer les sels minéraux (sels de soude, de chaux, etc.) qui ont été dialysés. Les réactifs ordinaires de la brucine (acide azotique) et de la morphine (acide azotique, perchlorure de fer) décèlent de la façon la plus nette la présence de ces alcaloïdes dans les résidus des liqueurs alcooliques. La digitaline se retrouve également bien dans l'eau du premier vase. Quant au résidu de l'évaporation de la partie du liquide à laquelle on n'avait ajouté aucun alcali végétal, il est séparé en plusieurs parts et essayé avec les réactifs employés pour reconnaître la brucine, la morphine et la digitaline. Cette expérience avait pour but de s'assurer que les matières animales auxquelles on avait ajouté les substances vénéneuses ne fournissaient pas par elles-mêmes, avec les réactifs, des colorations propres à induire en erreur. Le résultat de ce contrôle ne laissa aucun doute sur la valeur de la dialyse appliquée aux recherches de ce genre.

J'ai dû, dans le courant de cette étude préliminaire, chercher une réaction caractéristique, autant que possible, de la digitaline. On ne connaît jusqu'ici, comme réaction chimique propre à distinguer la digitaline des autres poisons végétaux, que la coloration verte qu'on obtient en dissolvant cette substance dans l'acide chlorhydrique concentré. Cette réaction, comme on l'a fait remarquer, ne saurait être un indice certain de la présence de la digitaline, car plusieurs matières organiques colorent également en vert l'acide chlorhydrique concentré. La coloration qui résulte de l'action successive de l'acide sulfurique et des vapeurs de brome sur la digitaline me paraît, jusqu'ici, caractériser cette substance même sous de très-faibles quantités. La digitaline peut se colorer en brun, *terre de Sienne*, au contact de l'acide concentré ; cette coloration passe au rouge vineux au bout de quelque temps. L'addition d'eau la fait virer immédiatement au vert sale. Lorsque, au lieu d'opérer sur 1 centigramme, par exemple, de digitaline solide n'ayant encore été en contact avec aucun liquide, on soumet à l'action de l'acide sulfurique le résidu de l'évaporation de quelques gouttes d'une solution étendue de digitaline, la coloration, au lieu d'être brune, est rouge brun plus ou moins foncé, selon la quantité de

substance employée. Pour de très-faibles doses de digitaline ($0^{gr},005$ par exemple), la coloration est rouge, couleur de fleur de digitale. Lorsqu'on expose aux vapeurs de brome la digitaline humectée d'acide sulfurique, le mélange se colore instantanément en violet, dont la teinte varie du *violet-pensée* le plus foncé au *violet-mauve*, suivant qu'on a affaire à plus ou moins de digitaline. La coloration manifestée par l'acide sulfurique, et modifiée par les vapeurs de brome, est des plus nettes avec le résidu de l'évaporation de 1 centimètre cube d'eau contenant $0^{gr},005$ de digitaline; elle est très-nette encore avec $0^{gr},0005$ de cette substance vénéneuse. On peut la constater même avec des traces plus faibles de digitaline. Aucune des substances suivantes que j'ai soumises à la même réaction ne m'a présenté ce même caractère : morphine, narcotine, codéine, narcéine, strychnine, brucine, atropine, solanine, salicine, santonine, vératrine, phloorhizine, daturine, amygdaline, asparagine, cantharidine, caféine. Je ferai, en outre, remarquer que la dialyse, et c'est là son grand avantage, permet de séparer des substances animales, auxquelles on les mélange, les poisons végétaux dans un état de pureté assez grand pour qu'il soit possible d'en examiner aisément les principaux caractères.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des kystes et des tumeurs enkystées chez les enfants.

Notre intention n'est pas de donner ici l'histoire des kystes ; nous voulons signaler seulement ceux qu'on observe dans le jeune âge, et faire connaître les moyens de traitement que nous avons employés et qui nous ont réussi.

Chez les enfants comme chez les adultes, on rencontre des kystes de diverses natures et dans différentes régions.

1° *A l'extérieur*. — On voit, chez les enfants, des loupes, ou tumeurs enkystées, au cuir chevelu, à la face, au cou, au tronc et aux membres. Ces kystes, formés par une enveloppe fibreuse, contiennent différentes substances liquides ou solides. Ils peuvent être congénitaux ou se développer après la naissance.

On observe quelquefois, mais assez rarement, chez les enfants nouveau-nés, des kystes dans telles ou telles parties du corps et dans lesquels on trouve des os, des dents, des poils et des portions diverses de fœtus. Ces faits curieux et bien connus peuvent s'expli-

quer par le développement inégal de deux germes dont l'un est envahi par l'autre et reste pour ainsi dire niché dans l'autre. Ils sont quelquefois très-longtemps stationnaires, et, dans quelques cas, finissent par s'enflammer.

Ce qu'on rencontre plus souvent, ce sont des loupes au cuir chevelu, à la face, et spécialement aux paupières; elles varient pour le volume. Bien que ce genre de tumeurs, qui est partout composé d'une enveloppe contenant une substance sébacée, mélicérique ou autre, puisse s'enflammer et guérir ainsi par l'élimination, ou même se résoudre à l'aide des fondants, nous croyons que, lorsqu'elles persistent et augmentent de volume, ou résistent aux moyens résolutifs mis en usage, il est indiqué d'en débarrasser les enfants. Nous ne craignons pas de répéter que, le bistouri pouvant déterminer des érysipèles, nous avons renoncé à l'instrument tranchant pour extraire ces kystes, et nous appliquons sur tous indistinctement, même sur ceux des paupières, le caustique de Vienne, à moins qu'il ne soit indiqué de les extraire par la partie interne de la paupière, ce qui ne peut se faire qu'avec l'instrument tranchant. Ces kystes sont mis à nu par l'escarre que nous produisons avec le caustique; ils sortent quelquefois seuls, mais quelquefois il faut en aider l'issue par l'énucléation. Les cicatrices qui suivent ces opérations sont régulières et non saillantes. Seulement, elles se font un peu plus attendre que celles qui succèdent aux incisions; mais nous n'avons pas eu d'accidents, surtout en laissant sortir les kystes seuls, parce qu'on ne provoque aucun traumatisme. Une ou deux fois, voulant hâter la sortie par des pressions, nous avons eu un peu d'érysipèle.

L'application du caustique doit se faire à l'aide d'un emplâtre de sparadrap-diachylon gommé, dont on couvre plus que la surface de la tumeur. Avant de l'appliquer, on fait au centre une fenêtre de la forme et de l'étendue qu'on veut donner à l'ouverture de la peau, ovalaire ou linéaire, par laquelle le kyste doit sortir. Une fois appliqué, on étend sur la surface, qu'on a mis ainsi à découvert, la pâte de Vienne. Au bout de huit à dix minutes l'effet est produit, il y a une escarre qu'on peut panser avec des cataplasmes, ou bien avec un digestif quelconque, pour faciliter la séparation de la partie cautérisée. La chute de l'escarre peut se faire attendre huit et dix jours; une fois détachée et le kyste sorti, on panse simplement et on active et régularise la cicatrisation par le nitrate d'argent. On peut même employer ce moyen pour hâter la chute du kyste; s'il adhère et tarde à se détacher, on cautérise alors son intérieur. A

l'exemple de Dupuytren, j'ouvre les petits kystes des paupières et je cautérise l'intérieur après les avoir vidés.

Les kystes du cou se rencontrent souvent chez les enfants; ils sont d'une autre nature que ceux que nous venons d'indiquer.

Ils sont souvent observés à la naissance, quelquefois uniloculaires, d'autres fois multiloculaires, cloisonnés. Ils contiennent des liquides variés, limpides, albumineux; il y en a de séro-sanguinolents. Ces kystes sont quelquefois très-fluctuants, presque toujours indolents, sans changement de couleur à la peau, le plus souvent transparents comme les hydrocèles; de là le nom qu'on leur a donné d'*hydrocèles du cou*. Lorsqu'on n'est pas prévenu de cette transparence, on peut croire à un abcès froid.

Ils se remarquent ordinairement sur les parties latérales de la ligne médiane du cou; il y en a de très-rapprochés de la mâchoire inférieure; j'en ai vu à la base du cou, dans le voisinage des clavicules.

Nous avons vu quelquefois ces kystes s'enflammer et se remplir d'un liquide séro-purulent. Le plus ordinairement, nous les avons ponctionnés et nous avons injecté soit du vin, soit de la teinture d'iode étendue d'eau, avec addition d'iodure de potassium, comme dans les hydrocèles de la tunique vaginale; nous avons en général obtenu de bons résultats. Un séton filiforme passé et laissé plusieurs jours dans les kystes multiloculaires nous a été utile, en nous permettant d'enflammer ainsi en même temps les diverses loges qui se trouvaient traversées par le fil.

Ce dernier moyen pouvant déterminer des érysipèles, nous préférons ponctionner les kystes multiloculaires avec des aiguilles de platine rougies à blanc, qui transpercent les cloisons et enflamment les kystes. Ce n'est jamais d'emblée que nous employons ce moyen; nous faisons d'abord une et même deux ponctions pour bien nous convaincre que la tumeur est cloisonnée.

Chez les enfants, nous avons vu des kystes hydatiques. Nous avons eu occasion d'en observer à l'extérieur, entre autres à la région fessière. Ces tumeurs fluctuantes, quelquefois résistantes, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, marchent très-lentement. Dans quelques cas, on peut rencontrer cette sensation produite par un corps élastique décrite par M. Piorry. L'analogie avec les abcès est telle, que nous les avons ouverts, pensant voir s'écouler du pus; nous avons vu de véritables hydatides. Le kyste étant vidé, nous avons injecté avec succès des liquides modificateurs, de l'eau salée, ou bien du vin et de l'eau d'orge miellée, de l'eau avec

addition de teinture d'iode iodurée. Ces kystes se sont enflammés et la guérison est arrivée sans accidents.

2° *A l'intérieur.* — Nous avons rencontré des kystes hydatiques seulement dans le foie, et nous n'avons rien observé que ce qui se rencontre chez les adultes : des tumeurs plus ou moins marquées, bien souvent uniques, quelquefois bosselées, de cause obscure, ayant présenté une grande lenteur dans leur développement, produisant de la gêne, mais peu de douleur, indolentes, sans changements de couleur, offrant de la fluctuation mais rarement de la sensibilité. Lorsqu'elles étaient volumineuses, on pouvait constater quelquefois de la matité, par suite un refoulement du diaphragme; dans ce cas, il y avait de la gêne de la respiration causée par la compression du poumon droit. Chez les malades que nous avons traités, c'est la gêne produite par les tumeurs sur les organes voisins, le poumon et l'estomac, qui nous a porté à opérer.

Nous avons, en général, employé pour le traitement de ces kystes le procédé de Récamier, c'est-à-dire l'application du caustique de Vienne, avant de faire la ponction. Il nous a réussi plusieurs fois. Cependant dans un cas, en pratiquant une injection d'eau salée, l'enfant fit un mouvement, déchira dans un point les adhérences produites par la cautérisation, du liquide s'épancha dans le ventre, une péritonite foudroyante survint, et le malade succomba le lendemain. A l'autopsie, nous trouvâmes du pus et des flocons de fausses membranes dans la cavité du péritoine.

Nous avons, dans un cas, injecté de l'eau additionnée de teinture d'iode iodurée, et nous avons guéri le malade.

Il est un autre genre de kystes qu'on rencontre à l'extérieur : ce sont les kystes prérotuliens. Nous en avons vu rarement chez les enfants. Deux ou trois fois des ponctions, suivies de l'injection iodée, nous ont donné des inflammations limitées et des résultats heureux. Une fois nous avons passé un séton filiforme après la ponction; nous l'avons laissé cinq à six jours. Il y a eu une inflammation peu considérable, que nous avons modérée par l'emploi du collodion élastique; l'adhérence du kyste s'est produite et l'enfant a guéri. Quant aux kystes synoviaux ou ganglions synoviaux, qui se développent par des efforts musculaires sur le trajet des tendons, ces kystes, qui n'ont pour enveloppe que la membrane synoviale plus ou moins résistante, sont sans changement de couleur à la peau; ils contiennent de la synovie, liqueur blanche ou rosée visqueuse, ayant quelquefois une consistance variable, gélatiniforme. Nous avons mis en usage trois moyens pour les guérir; tous trois nous ont donné

ces résultats. Le premier, c'est l'écrasement suivi d'une compression pendant quelques jours ; cette compression doit être faite avec un petit morceau de linge plié en plusieurs doubles, appliqué sur le point où existait la tumeur et fixé avec des tours de bande. Quand nous ne pouvons faire l'écrasement ou qu'il y a récidive, nous piquons ces kystes avec une aiguille fine lancéolée, nous comprimons avec les doigts pour faire sortir la synovie ; nous faisons suivre cette compression d'une autre faite avec une bande de toile. Lorsque ces moyens échouent, nous ne craignons pas de passer, à l'aide d'une aiguille fine, un petit séton filiforme à travers le kyste, et, après l'avoir vidé, nous le couvrons de collodion élastique pour prévenir l'érysipèle. Le lendemain, après avoir tiré le séton, nous mettons une nouvelle couche de collodion et nous continuons l'usage d'un appareil légèrement compressif. Enfin nous retirons le petit séton lorsqu'il ne coule plus rien par les piqûres. Nous avons eu le bonheur de ne pas avoir d'érysipèle grave, si ce n'est dans un cas de ganglions de la face dorsale du pied, et encore, après un ou deux abcès bornés au tissu sous-cutané, nous avons pu guérir notre malade.

GUERSANT.

BIBLIOGRAPHIE.

Eloges lus dans les séances publiques de l'Académie de médecine (1845-1863), *tableau du mouvement de la science et du progrès de l'art, examen et appréciation des doctrines, études de mœurs. — Portraits,* par M. E.-Frédéric Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

On ne peut le nier, un des grands, un des principaux mobiles de l'activité humaine, c'est l'amour de la gloire, c'est le désir de laisser un nom honoré parmi les hommes. Pourtant, nous le croyons, ce serait rabaisser l'humanité que de supposer que ce mobile soit le seul qui ait dirigé tous ceux dont l'histoire de la science a conservé le souvenir ; nous ne croyons même pas que ce soient les plus grands qui, dans les travaux dont la trace ne s'est point effacée, aient puisé leur activité à la source de cet égoïsme transcendant ; l'homme véritablement fort, celui dont la destinée est de trouver le mot de quelques-unes des nombreuses énigmes de la vie, celui-là n'est guère dirigé par l'arrière-pensée de la gloire dans ses incessants travaux ; ce n'est point là, ce n'est point uniquement là du moins, soyez-en sûr, la raison de ses veilles studieuses, de son insouci des bonheurs vulgaires où nous voudrions nous endormir tous. La raison de cette activité vient de plus loin, elle naît de

l'instinct que portent en elles les natures supérieures, les natures privilégiées, que Dieu, dans un but d'humaine solidarité, a destinées à éclairer les ténèbres où il lui a plu de nous placer pour nous laisser l'honneur de les dissiper. Si à cet instinct supérieur, dont la plus simple manifestation est la curiosité de l'esprit, vous ajoutez le sentiment du devoir qui commande impérieusement à l'homme de s'assigner un but utile et d'y marcher résolûment, vous aurez remonté jusqu'à la source de la véritable grandeur, celle dont une gloire immortelle est le prix mérité, et non cette grandeur factice que solde largement une gloire purement viagère, et dont doivent se contenter le plus ordinairement nos mesquines vanités. « Défends au ver à soie de filer, a-t-on dit, alors qu'il file le reste de son existence; malgré ta défense, il déroule de ses entrailles le tissu précieux, et il ne s'arrête point qu'il ne soit enseveli dans son linceul. » Voilà l'image de l'homme véritablement grand : il s'oublie lui-même dans son œuvre, c'est pourquoi son souvenir est éternel, et l'épigraphe que Fabrice d'Aquapendente fit graver sur la porte de son cabinet : *Lucri neglecti lucrum*, traduit admirablement l'impersonnalité, si je puis ainsi dire, de cette gloire désintéressée.

Si, dans la savante introduction qui précède le recueil de ses éloges académiques, M. Dubois (d'Amiens) n'a pas exprimé ces idées, nous sommes sûr que, claires ou confuses, elles sont au fond de sa pensée, et entrent pour une part quelconque dans la sainte horreur que lui inspire le panthéisme sublunaire, ou plutôt la panthéonisation banale des gloires éphémères. Le savant secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine s'évertue à démontrer, dans l'introduction qui précède son livre intéressant, que, suivant le mot de Cuvier, la principale fonction de l'historien d'une académie est de préparer la justice de la postérité. C'est là un souci excessif; préparée ou non, cette justice finit toujours par s'accomplir, et un van infaillible sait séparer le véritable grain des balles sans valeur qui s'y trouvent mêlées. Qu'importe que plusieurs de ses prédécesseurs, dans cette œuvre délicate, se soient faits ou non les flatteurs posthumes de gloires douteuses; il n'y a personne à tromper ici, et quand on a rendu justice aux intentions honnêtes qui ont dirigé celui dont on esquisse la vie, ce n'est pas seulement un droit, mais un devoir strict de signaler ses erreurs, s'il en a commis, comme de mettre en pleine lumière les vérités à la démonstration desquelles il a concouru. Il paraît que tous les académiciens ne sont pas de cet avis : ils voudraient que la critique, en ces savantes disquisitions, avant de se mettre à son œuvre, se

limât les ongles, et ne formulât ses jugements que sur un papier rose parfumé. Nous en sommes fâché pour ces académiciens, plus indulgents, nous le croyons, pour les autres que pour eux-mêmes; mais c'est là un pur anachronisme: le temps de l'aristocratie mentie, en tout ordre de grandeurs, est passé ou va passer, et il faut prendre son parti de cette justice distributive envers les morts au moins, en attendant que sa balance soit également employée à peser les mérites des vivants. Pour nous, loin donc de contester à M. Dubois (d'Amiens) le droit d'une critique vraie dans l'appréciation de nos gloires posthumes, nous le félicitons hautement d'en avoir usé largement, et de n'avoir point appliqué son talent à nous faire, par un autre pharisaïsme, des sépulcres blanchis.

Il nous est impossible, comme on le suppose bien, de suivre l'éloquent secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine dans les détails de son remarquable travail panégyrique sur nos illustrations d'hier; il conviendrait beaucoup mieux, dans une notice aussi sommaire que celle que nous pouvons consacrer ici à un si grand travail, de signaler les points de vue divers auxquels notre savant auteur s'est tour à tour placé pour juger les hommes, et en apprécier la valeur; mais ce serait encore là une étude qui nous aurait bientôt entraîné hors des limites que nous ne pouvons franchir: nous restreindrons donc encore cet aperçu, et nous nous contenterons d'indiquer quelques-unes des données générales sur lesquelles s'appuie la critique du secrétaire de l'Académie pour formuler ses jugements, et en même temps les justifier.

Quand enfin on comprit un jour parmi nous que, sans l'observation, la médecine, pas plus que les autres sciences, ne saurait se constituer sur des bases quelque peu solides, cette méthode trouva bientôt ses fanatiques, et peu s'en est fallu qu'on en soit venu à proscrire la raison de la culture de la médecine, et à en faire le bouc émissaire chargé de toutes les iniquités d'un autre Israël. Si cette école s'est bornée à emprunter à J.-J. Rousseau une épigraphe connue de tous, il faut lui savoir gré de s'être contentée de cette formule adoucie, car elle eût pu aller plus loin avec cet éloquent écrivain dans cette voie du sophisme, et déclarer, elle aussi, que le médecin qui pense est un animal dépravé. M. Dubois s'élève avec force contre cette méthode excessive qui, avant de diriger l'homme dans la culture de la science, commence par le dégrader, ou au moins par le suspecter dans l'un de ses plus hauts attributs. Assurément, aujourd'hui encore, il est dans le domaine de la science une foule immense de choses qui sont dans l'ombre

et qui sont tout entières du ressort de l'observation; mais aujourd'hui même, la raison peut s'appliquer utilement, efficacement à l'élucidation des questions qui se posent à ce propos, et l'on ne saurait trop louer M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine d'avoir énergiquement revendiqué les droits de la raison dans la culture des sciences, dans la culture de notre science.

Nous avons essayé de saisir la pensée de M. Dubois sur une question fondamentale en matière de philosophie médicale : cette question est relative à la nature des forces dont est doué l'organisme vivant. Çà et là, l'auteur nous a paru incliner vers l'animisme. Mais nous sommes sûr qu'un disciple de M. Cousin ne peut glisser dans cette erreur, et probablement notre savant auteur, malgré toutes les ressources d'un style abondant et riche, n'a ici exprimé qu'incomplétement sa pensée, et il y manque l'accent qui la rendrait suivant la vérité de sa conception. Dans tous les cas, M. Dubois fait un très-large crédit à l'observation attentive, profonde, des modifications de la matière organisée, pour constituer enfin la science sur des bases durables. Telle est, à ses yeux, et dans ce sens, l'importance des données fournies par l'anatomie pathologique, qu'il oublie presque l'immense erreur théorique de Broussais en faveur de son énergique conception de la nécessité de rapprocher les symptômes de la maladie vivante des altérations somatiques de l'organisme. C'est une des bonnes fortunes du grand agitateur du Val de Grâce d'avoir, en grande partie du moins, échappé aux colères d'une plume qui, plus d'une fois peut-être, s'est laissé entraîner au delà du but, en face de l'erreur.

Les restrictions que nous venons de laisser pressentir, quant au jugement porté par M. Dubois (d'Amiens) sur la doctrine de l'ancien professeur de thérapeutique générale, nous en userions plus d'une fois s'il nous était permis de parcourir avec l'auteur le cycle immense qu'ont ouvert devant lui de si nombreuses et de si fécondes études. Mais si, en suivant cette voie, après avoir applaudi très-souvent à ses jugements, il nous arrivait quelquefois de nous croire dans la nécessité de les redresser, nous souscririons presque constamment, au contraire, aux appréciations de l'auteur dans les jugements qu'il porte sur le côté moral des hommes. Lisez surtout, à ce point de vue, l'Eloge de Chervin, de Gueneau de Mussy, etc. ; on ne peut assurément mieux dire, et mettre en plus vive lumière la probité sévère de l'un et l'admirable dévouement de l'autre. Ce côté de la vie de Capuron est encore admirablement peint, et M. Dubois fait regretter à ceux qui ont souvent côtoyé ce noble

vieillard, sans le connaître, de ne l'avoir point salué tous les jours avec respect. Ce sont là nos saints, à nous, et nous devons remercier M. le secrétaire perpétuel de nous les avoir ainsi montrés dans la lumière de l'admirable idéal de leur vie. M. Dubois n'a guère bronché qu'une fois dans cette voie de l'éloge sans réticence, c'est quand il s'agit de l'appréciation d'un certain côté de la vie morale de Chomel. M. Noël Gueneau de Mussy, dans la préface qui précède la Pathologie générale de l'ancien professeur de clinique médicale, raconte qu'on a trouvé dans les papiers de son illustre maître quelques formules de prières, dans lesquelles le savant praticien demandait à Dieu de lui inspirer des conseils salutaires à ses malades, et de marquer son enseignement d'un caractère tel, que les élèves en sortissent et plus instruits et meilleurs. M. Dubois prétend que rappeler de tels souvenirs, c'est montrer qu'on manque du sentiment du beau, du bien et du vrai ; est-il bien sûr de cela ? Si le beau, le bien, le vrai ne sont dans l'âme humaine l'écho de la voix de Dieu, qu'est-ce cette triple manifestation de l'idéal, sinon le rêve d'une ombre, ou plutôt une pure hallucination ? Mais si ces grandes choses, c'est Dieu illuminant les consciences au milieu des ténèbres de la vie, comment est-ce *manquer du sentiment du bien, du vrai et du beau*, que de remonter par la pensée au foyer de cette éternelle et unique lumière ? J'ai en ce moment sous les yeux un petit livre publié par le docteur A. Greenhill, intitulé : *Prayers for the use of the medical profession* ; que M. Dubois médite ce petit ouvrage, et je suis convaincu qu'il trouvera comme moi qu'on est là, au contraire, en plein idéal, et que rien n'est plus sain à l'âme que ce sublime recueillement de la pensée. Le christianisme, en devenant de plus en plus transparent pour l'esprit, n'en reste pas moins la lumière la plus pure pour nous diriger au milieu des difficultés de la vie, et Chomel en lui empruntant ses formules, et M. Gueneau de Mussy en le rappelant, n'ont point du tout montré par là que leur cœur fût fermé au sentiment du vrai, du bien et du beau. « N'écoutez pas, dirai-je en finissant à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, n'écoutez pas ces esprits superficiels qui se donnent comme de profonds penseurs, parce qu'après Voltaire ils ont découvert des difficultés dans le christianisme : vous, mesurez vos progrès en philosophie par ceux de la tendre vénération et de la reconnaissante sympathie que vous ressentirez pour la religion de l'Évangile. » C'est M. Cousin, l'auteur même d'un magnifique livre sur le vrai, le beau et le bien, qui a dit cela : qu'en pense notre très-distingué confrère ?

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Convulsions épileptiformes paraissant dépendre d'une affection dentaire. En remarquant combien la dentition laborieuse est souvent le point de départ de l'éclampsie infantile, on peut se rendre compte que le mauvais état des dents chez l'adulte, cause indubitable d'affections douloureuses des nerfs, puisse aussi donner lieu à des affections convulsives. Ce n'est pourtant pas un fait commun, et, en général, en voyant une personne atteinte d'épilepsie ou de convulsions épileptiformes, on ne songe guère à aller rechercher dans l'état de ses dents la cause de sa névropathie. Le fait suivant, communiqué à M. Smith par le docteur Main, fait voir qu'il en peut quelquefois être ainsi.

Le sujet de cette observation, jeune homme de trente ans, malade depuis plusieurs années, s'était adressé à divers médecins, avait eu recours à divers systèmes de traitement, mais sans obtenir aucun soulagement. A l'époque où le docteur Main fut appelé à lui donner des soins, il avait une attaque d'épilepsie tous les deux jours, et sa santé générale se trouvait altérée au point qu'il était presque obligé de garder le lit. Par un examen attentif, M. Main reconnut que chaque accès était toujours précédé par des élancements et des tiraillements bien marqués dans les muscles de la face; il trouva les dents en très-mauvais état, le plus grand nombre n'étant plus que des chicots, et il conseilla au malade de les faire extraire. Mais celui-ci, affaibli comme il l'était et très-excitable, ne voulut pas se prêter à cette opération. Soumis alors à un traitement approprié à sa situation, sa santé générale s'améliora notablement; toutefois les convulsions persistèrent, mais moins fréquentes. Les dents cariées furent enfin extraites, et les attaques épileptiques cessèrent complétement au bout de peu de temps. Elles ne se sont pas renouvelées, bien qu'un assez long espace paraisse s'être écoulé depuis leur disparition. (*Edinburgh med. Journ.*, mars 1864.)

Nouveau traitement de la variole. Récemment importé de Chine, ce traitement, plus actif que l'inoffensive *sarracenia*, consiste à frictionner, avant que l'éruption apparaisse, le devant de la poitrine avec un mélange d'huile de croton et de tartre stibié. L'irritation ainsi provoquée sur une partie du tégument sauve, pour ainsi dire, le reste à ses dépens. Elle a aussi pour résultat de produire une éruption complète et, par conséquent, d'affranchir les organes internes de toute chance de fluxion ou de métastase dangereuse. Ce mode de traitement est maintenant mis en usage, par ordre officiel, dans l'armée anglaise en Chine.

M. Diday nous apprend que cette méthode thérapeutique a déjà été appliquée, à Lyon, par M. le docteur Th. Perrin, et que son emploi a eu, entre les mains de notre habile et prudent confrère, d'avantageux effets, notamment par rapport à l'atténuation de l'éruption à la face. — S'il y a dans ces effets avantageux autre chose qu'une coïncidence, ce dont les faits, s'ils se multiplient, auront à nous instruire, celui de ces effets dont il est question en dernier lieu serait obtenu plus sûrement encore, ce nous semble, par le concours des moyens connus d'arrêter le développement des pustules du visage, topiques mercuriels, collodion, glycérine, etc. (*British med. journ.* et *Gaz. de Lyon*, mai 1864.)

Mutisme intermittent. M. le docteur Lecadre, du Havre, a rapporté récemment un cas de cette affection rare observé par lui chez un jeune ouvrier plâtrier, scrofuleux, âgé de seize ans. Ce jeune garçon, à la suite d'une grande fatigue et d'une contrariété non moins vive éprouvées en portant un lourd fardeau pendant assez longtemps, rentre chez lui à une heure après-midi, et tout à coup la parole lui manque; il ouvre la bouche et ne peut articuler aucun son; en même temps facies exprimant l'inquiétude, mais non autrement altéré, pupilles à l'état naturel, intégrité de l'ouïe, intelligence intacte, pouls normal, rien d'appréciable dans les organes du fond de la bouche. A six heures du soir, l'articulation des sons revient, mais d'abord défectueuse; il y a du bégayement, qui se dissipe au

bout de quelques instants, et la voix recouvre son état naturel. Il reste seulement de la céphalalgie, des douleurs contusives des extrémités, qu'emporte le repos de la nuit, et dès le lendemain le malade peut reprendre son travail. Jusqu'au 5 février, rien de particulier; mais ce jour, sans aucune cause appréciable d'aucun genre, nouvel accès de mutité : impossibilité complète d'articuler le moindre mot pendant deux heures, au bout desquelles la parole revient tout à coup d'une manière complète, sans bégayement, sans céphalalgie à la suite. Pas d'autres moyens de traitement que des révulsifs intestinaux et cutanés dans le premier accès, et qu'une potion antispasmodique dans le second.

Ce fait a fourni à notre collaborateur, M. le docteur Herpin, de Genève, l'occasion de faire connaître un cas d'un genre analogue emprunté à sa pratique et que nous allons, en l'abrégeant le plus possible, rapprocher du précédent.

Il s'agit d'un jeune écolier âgé d'environ douze ans, petit, mais bien conformé, bien musclé, brun, sensible, mais entêté, d'intelligence ordinaire, ayant toujours joui d'une bonne santé, sauf la migraine à laquelle il est sujet comme sa mère, et qui est la seule névrose signalée chez ses ascendants.

En juin 1863, cet enfant fut pris pour la première fois d'une douleur vive au talon, qui dura une heure, mais laissa pendant plus d'une semaine de la sensibilité et de la claudication. Cet accès se renouvela tous les quinze à vingt jours, diminuant du reste d'intensité, et cessa de se reproduire vers le milieu d'août, après avoir eu lieu cinq fois.

Un mois après le dernier accès, le 19 septembre, l'enfant s'affaissa tout d'un coup sur son pupitre, ne répondit point et parut privé de connaissance; les extrémités étaient froides. On le porta sur son lit et il y resta jusqu'à six heures du matin où il reprit la parole : il se leva, joua, mangea, comme en santé. Le lendemain, 20, à six heures du soir, il perdit encore subitement la parole, non la connaissance, et ne la recouvra que le 21, vers dix heures du matin. Ramené chez ses parents, il n'eut rien pendant sept jours; mais le 28 il fut repris de son mutisme, qui se prolongea dix heures.

Ce fut à ce moment que le jeune malade fut, sur le conseil de M. Bouvier, présenté à M. Herpin par ses parents qui n'admettent pas, non plus que ses maîtres, la possibilité d'une supercherie. Voici comment notre confrère rend compte d'un des paroxysmes dont il a été témoin.

L'accès débute très-brusquement et a, dès son début, son maximum d'intensité. Il commence par une vive douleur au larynx, s'irradiant autour de cet organe et s'accompagnant de suffocation, angoisse, pandiculation, pleurs silencieux, impossibilité de la déglutition ; la langue semble au malade comme collée au fond de la bouche et retenue en arrière. Cette première période de douleur vive et de suffocation dure environ dix minutes. Il y a ensuite un état de calme relatif qui se prolonge jusqu'à la fin de l'accès, avec de rares et courtes recrudescences de douleur. Dans cet état le mutisme et l'aphonie restent complets, sans que l'intelligence soit atteinte, car l'enfant répond par signes ou par écrit. Le cou est douloureux au moindre contact, surtout dans la région laryngienne. Plus tard, la déglutition redevient possible, au point que les repas peuvent être pris. Pouls normal, pâleur, air de malaise, pupille plutôt contractée; peau froide, quelques soubresauts des tendons. Après le retour de la parole, il reste la douleur du larynx qui va en diminuant et finit par disparaître au bout de quelques jours. Il y avait déjà eu trois accès séparés par des intervalles de un et huit jours et d'une durée de dix à seize heures, lorsque M. Herpin commença le traitement par le lactate de zinc qui fut administré à dose croissante depuis 0,70 centigrammes jusqu'à 1,80 par jour, mais sans autre résultat que d'abréger la durée des accès qui, par contre, deviennent plus rapprochés. Convaincu alors que le phénomène douleur était l'élément principal, et considérant l'affection comme une névralgie du larynx, notre confrère l'attaqua par la jusquiame, qu'il regarde comme l'antinévralgique par excellence. Des pilules préparées avec 0,10 centigrammes chacune de poudre de semences de jusquiame furent administrées à dose croissante, jusqu'à six pilules par jour : cette dernière dose fut atteinte le sixième jour et continuée dix jours encore; il y eut dilatation des pupilles, un peu de diarrhée, mais pas de sécheresse de la gorge; au bout de trois semaines environ, les accès ayant disparu, la dose fut réduite à trois pilules, et enfin le

traitement supprimé après un peu plus d'un mois. En avril dernier il n'y avait pas eu de récidive.

Ce sont là des faits intéressants, qui, à cause de leur rareté même, sont bons à connaître. C'est, en effet, une affection peu commune que ce mutisme, cette aphasie intermittente, paraissant essentielle et primitive. On en trouve peu d'exemples dans les annales de la science, et les quelques recherches auxquelles nous avons pu nous livrer ne nous ont fait découvrir quelque chose d'analogue que dans le livre de Casimir Medicus, qui a énuméré, sous le titre de *mutité périodique*, un certain nombre de faits, très-insuffisamment exposés, d'ailleurs, par lui colligés à diverses sources. (*Union méd.*, mars et mai 1864.)

Corps étranger sorti spontanément après quarante-deux ans de séjour dans l'antre d'Highmore. Le 1er mars 1864, un homme de soixante-quinze ans, admis à *l'Ospedale maggiore* de Bologne, pour rhumatisme, rendait après quelques efforts, par la narine gauche, un fragment de lame de couteau, long de 4 centimètres.

Interrogé sur l'origine de ce corps étranger, il se rappela que, durant l'été de 1822, dans une rixe nocturne il reçut trois coups de couteau, dont l'un porta au-dessus de l'arcade zygomatique gauche. Au bout de quarante-huit heures, il se crut guéri quoiqu'il eût un peu de gonflement et gardât la sensation d'un corps dur au-dessus de la troisième molaire supérieure gauche. Il sentit plus tard un corps dur dans la narine gauche, de laquelle sortait par intervalles un peu de pus et quelquefois du sang.

M. Rodolfi constata sur l'arcade alvéolaire, à l'endroit indiqué, une dépression linéaire de la longueur de près de 3 centimètres. En introduisant le doigt recourbé dans la narine gauche, il le fit pénétrer dans un trou correspondant à l'orifice de l'antre d'Highmore et reconnut au poli de la surface interne de cette cavité, qu'il était bien réellement dans le sinus maxillaire. (*Bull. di Bologna*, et *Gaz. de Lyon*, mai 1864.)

Fragment de tuyau de pipe ayant séjourné dans la joue pendant sept mois; extraction, guérison rapide. Les faits de corps étrangers introduits et séjournant longtemps dans les cavités ou les tissus du corps, à l'insu des malades ou des médecins, ne sont pas rares dans la science. Mais tantôt ils ne donnent lieu à aucun symptôme, et le cas qui précède en est un exemple remarquable; d'autres fois, au contraire, ils entraînent des accidents plus ou moins graves, témoin ceux que nous citions naguère d'après M. Guéneau de Mussy et M. Delasiauve, témoin encore le suivant. Cette dernière catégorie de cas montrent que la possibilité de semblables causes ne doit jamais être perdue de vue par les praticiens, surtout quand quelque obscurité règne sur le mode de début et l'origine pathogénique d'un certain ordre de phénomènes morbides.

Un jeune homme robuste, ayant toujours joui d'une bonne santé, se présente le 8 décembre dernier, à M. H. Smith, à King's College Hospital. Au côté gauche de la face siégeait une énorme tuméfaction, offrant à son centre une ouverture à bords ulcéreux de la largeur d'un shilling, et faisant obstacle à l'écartement des mâchoires. Sept mois auparavant, pendant qu'il fumait, sa pipe s'échappa de ses lèvres, et dans un mouvement brusque de la tête qu'il fit pour la retenir, le tuyau se brisa dans sa bouche; mais il est persuadé qu'il en a rejeté tous les fragments. Quelques jours après, cependant, la face commençait à se tuméfier et à devenir douloureuse, et les symptômes allant croissant, il consulta plusieurs médecins dans une grande ville de province; au bout de quelque temps, aucune amélioration n'étant obtenue, l'un de ceux-ci fit l'application d'un caustique au centre de la tumeur, mais sans aucun résultat avantageux. C'est alors que le malade s'est décidé à venir se présenter dans un des hôpitaux de Londres.

D'après ces renseignements, M. Smith, soupçonnant qu'il pouvait y avoir un corps étranger dans les tissus de la joue, examina attentivement et trouva dans le sillon géno-gingival, au niveau de la seconde molaire, une petite ouverture qui correspondait au centre de la tuméfaction, et au moyen d'un stylet il s'assura qu'en effet il y existait un corps dur et résistant. Un léger débridement pratiqué au même point permit l'introduction d'une pince, au moyen de laquelle, non sans quelque peine, fut extrait un fragment de tuyau de pipe de 2 pouces environ de longueur. Les symptômes, dès lors, s'amendèrent rapidement, et le malade

put quitter l'hôpital au bout de peu de jours. (*Lancet*, avril 1864.)

Observation de loupe de la vulve opérée avec succès. Si les exemples de ces tumeurs de la vulve sont rares dans les recueils scientifiques, le fait tient surtout, nous en sommes convaincu, à la négligence que l'on met à les recueillir. Ce silence nous engage à mentionner le nouveau cas signalé par M. Boucart.

Obs. II. M*** est âgée de trente-trois ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, réglée régulièrement depuis l'âge de quinze ans.

A douze ans, elle vit se développer sans douleurs, à la partie postéro-interne de la grande lèvre droite, une tumeur qui, grossissant peu à peu chaque année, ne tarda pas à acquérir un volume considérable, et qui, à l'âge de vingt ans, était environ les trois quarts de ce qu'elle est aujourd'hui.

La gêne occasionnée pendant la station debout, et surtout pendant la marche, par la présence de cette tumeur descendant à mi-cuisse et forçant la malade à tenir les jambes constamment écartées, nécessita la suspension de ladite tumeur au moyen d'une serviette pliée en trois et attachée à une ceinture fixée autour des reins; cependant, le plus souvent, elle fut abandonnée à elle-même.

Il y a trois ans, H***, qui avait eu bien soin de cacher son infirmité à ses parents, épousa un jeune homme rentré du service. Grande fut la surprise de celui-ci, comme bien on pense, quand, la première nuit des noces, il trouva cet obstacle d'un nouveau genre.

Le seul remède à un tel état de choses était l'opération; le mari eut beau prier, supplier; sa femme, soit pusillanimité, crainte ou pudeur, ne voulut pas en entendre parler.

Enfin, à bout de patience, elle se résigna.

La tumeur, plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme, de consistance ferme, présente des bosselures ou mieux des circonvolutions analogues à celles du cerveau, dont elle a la couleur blanc rosé. La peau qui la recouvre est tout à fait mince et offre l'aspect d'une muqueuse. Aplatie d'avant en arrière, sa forme rappelle celle du rein ou du haricot dont le hile serait remplacé par le pédicule.

Celui-ci, uni et non bosselé comme la tumeur, long de plus de $0^m,08$ sur $0^m,03$ de diamètre, est implanté à la partie postéro-interne de la grande lèvre droite, entre la grande et la petite lèvre, toutes deux déformées par le poids de la tumeur qui les tire en bas.

Le doigt placé sur le pédicule sent le battement d'une artère de calibre médiocre.

Jamais cette tumeur n'occasionna de douleurs; seulement, dans ces derniers temps, H***, qui est l'incurie même, ne prenant pas le soin de la soutenir, il est survenu, par suite du frottement contre les cuisses et les vêtements, des excoriations sur plusieurs points, donnant une suppuration assez abondante pour avoir amené un état de faiblesse considérable. L'an dernier, une hémorrhagie assez grave se déclara; la malade, au dire du mari, perdit au moins deux litres de sang bien rouge.

Incertain sur la composition de cette tumeur, dans l'intérêt de la malade, déjà passablement anémique, M. Boucard employa l'écraseur linéaire. Mais, quand on fut arrivé à un certain degré de constriction, la malade, timorée au delà de toute expression, se plaignit tellement, que l'on fit, d'un coup de ciseau, la section du pédicule au-dessous de l'instrument faisant fonction de compresseur. Au bout de quelques minutes, l'écraseur tomba et laissa voir une plaie ovalaire, taillée en forme d'entonnoir dans l'épaisseur de la partie postéro-interne de la grande lèvre droite, par suite de la rétraction des tissus.

Quelques artérioles se montrèrent alors; les deux principales furent liées, et le perchlorure de fer fit justice des autres.

Le pansement fut aussi simple que possible, et le 21 juin la plaie était complétement cicatrisée. (*Gaz. méd. de Lyon*, mai.)

Polype intra-utérin; extirpation par la ligature extemporanée. Il s'agissait d'une tumeur du volume du poing, de consistance fibreuse et dont le pédicule assez large était implanté sur la paroi gauche de l'organe. M. Maisonneuve, ayant disposé en forme d'anse la corde en fil de fer d'un constricteur moyen, l'introduisit ainsi jusqu'au pédicule de la tumeur, et, en faisant mouvoir le curseur sur la vis, il produisit la séparation du polype; aucun accident ne survint. La corde métallique dont se sert

le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a l'avantage de former une anse assez rigide pour pouvoir franchir, sans la déformer, et cependant assez flexible pour qu'on puisse lui donner toutes les formes et toutes les directions. Cette cordo parait, du reste, agir de la même manière que la chaîne, bien que l'auteur la considère comme très-supérieure à cette dernière pour prévenir les hémorrhagies et l'infection purulente. (*France médicale*, mars 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Cuivre. Nouvelles recherches sur son action et spécialement celle du verdet. Si la science est fixée sur les dangers auxquels sont exposés les ouvriers qui manient certains métaux, tels que le plomb, le mercure, il n'en est pas de même, tant s'en faut, relativement à ceux qui travaillent le cuivre. Tandis que certains médecins ont proclamé très-dangereuses les professions de ces derniers et ont fait un lugubre tableau des maladies qu'elles entraînent selon eux, d'autres ont voulu complétement innocenter le cuivre et ont soutenu que son maniement est absolument sans inconvenient, ne donne lieu à aucune maladie particulière, et que, spécialement, la colique de cuivre doit être rayée du cadre nosologique. Deux médecins très-distingués, deux agrégés de la Faculté de Montpellier, ont repris cette question, et, pour la résoudre, se sont livrés, d'une part à des expériences sur les animaux, et d'autre part à une étude attentive et approfondie de l'hygiène des ouvriers employés à la fabrication du verdet ou vert-de-gris, acétate basique de cuivre, fabrication, comme on sait, qui se fait en grand dans le département de l'Hérault. Voici les conclusions auxquelles sont arrivés nos confrères.

Il résulte de leurs expériences qu'à une certaine dose le verdet est un poison redoutable; cette dose est d'ailleurs difficile à déterminer, à cause de l'effet émétique des sels de cuivre qui modifie singulièrement les conditions de leur absorption.

Malgré les effets toxiques du verdet à haute dose, ces expériences permettent d'établir que l'absorption lente et journalière de faibles quantités de verdet est favorable à l'engraissement et à la santé de plusieurs espèces d'animaux.

Les auteurs ont observé, de plus, qu'une action favorable analogue s'exerce sur l'organisme humain. Les ouvrières en verdet absorbent du cuivre dans l'exercice de leur profession, et cependant leur santé est excellente; dans aucune des investigations il n'a été constaté un seul cas de colique de cuivre.

L'absence de chlorose, chez toutes les ouvrières qui ont été examinées, permet de conclure que la profession n'est pas étrangère à cette immunité, et que le cuivre possède des propriétés analogues à certains égards à celles de l'or, du manganèse et surtout du fer.

A côté des avantages dus à l'absorption lente du verdet, se placent les inconvénients de l'action topique de ce produit à l'état pulvérulent. Les poussières de verdet peuvent irriter, chez les personnes non accoutumées, les muqueuses des yeux et des voies respiratoires, et amènent de légères ophthalmies, des angines sans gravité, de la toux, etc. Ces accidents, d'ordinaire très-bénins, peuvent devenir dangereux chez les personnes irritables, nerveuses, prédisposées à la phthisie pulmonaire, à l'asthme ou à quelque maladie chronique des voies respiratoires.

L'hygiène exige qu'on écarte des ateliers les femmes qui seraient prédisposées à quelqu'une des maladies ci-dessus, comme elle peut engager les médecins à conseiller la profession à des jeunes filles chlorotiques.

Dans les cas où, sans porter sérieusement atteinte à la santé, l'action des poussières produirait quelques-uns des légers accidents qui viennent d'être relatés, on devra engager les ouvrières à tamiser l'air qu'elles respirent, en plaçant au devant des ouvertures des voies respiratoires un simple mouchoir attaché à la manière d'un cache-nez.

Au point de vue de l'hygiène publique, la fabrication du verdet est absolument sans inconvénient. (*Montpellier méd.*, février 1864.)

Dilatation rapide de l'urètre pour l'extraction des calculs vésicaux chez la femme; deux exemples. La dilatation de l'urètre chez la femme est une méthode qui a droit de bourgeoisie en médecine opératoire; seulement, elle est généra-

lement réservée pour l'extraction des calculs de petit volume et des corps étrangers, et quant à la manière de la pratiquer, la préférence est accordée aux moyens qui la procurent lentement et graduellement. Une dilatation rapide, une dilatation portée au delà d'un certain degré (le diamètre du doigt) sont regardées comme exposant grandement à une incontinence d'urine consécutive. Telle n'est pas l'opinion de M. Bryant. Le chirurgien de l'hôpital de Guy, ayant analysé vingt-huit cas de dilatation de l'urètre, a trouvé seulement quatre cas d'incontinence, et dans ces quatre cas, le procédé employé avait été précisément celui qui est recommandé comme propre à prévenir cet accident. Aussi M. Bryant préfère-t-il la dilatation rapide, et il ne craint pas de la porter au delà des limites que l'on regarde en général comme prudent de ne pas dépasser. Les deux cas suivants pourront donner une idée de sa pratique et des résultats par lui obtenus.

Dans le premier, il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital de Guy en octobre 1862. A cette époque, il y avait huit mois qu'elle avait les symptômes d'une vive irritation vésicale, et trois qu'elle était dans l'impossibilité de retenir ses urines. On reconnut facilement l'existence d'une pierre, qui fut extraite, le 19 novembre, au moyen de la dilatation rapide de l'urètre. Le calcul mesurait en diamètre 1 pouce 1/4 sur 1 pouce. L'opération fut suivie d'un soulagement immédiat. Dès le jour suivant, la malade se trouva en état de retenir ses urines pendant vingt minutes, et pendant plusieurs heures au bout de huit jours; trois semaines après, elle était parfaitement guérie.

Le second cas est celui d'une femme de trente-cinq ans, admise vers le milieu de février 1864; les symptômes existaient depuis sept mois et étaient très-sérieux; l'urine contenait du pus, des mucosités et était très-fétide. Après que le repos et des soins appropriés eurent amélioré son état, l'opération fut pratiquée le 5 mars. La malade ayant été chloroformée, l'urètre fut rapidement dilaté au moyen du dilatateur de Weiss, et le calcul fut extrait, non sans quelque difficulté. Il mesurait en diamètre 2 pouces sur 1 pouce 1/2, et en circonférence 5 1/4 sur 4 1/2; il pesait 2 onces 2 drachmes (60 gr. environ). Le lendemain, la malade put retenir ses urines un quart d'heure; le second jour, quarante minutes; le troisième, deux heures et demie, et cinq heures le cinquième jour. Le sixième, il sortit de l'urètre un petit lambeau mortifié. A la suite d'un examen qui parut nécessaire, et pour lequel le doigt fut introduit jusque dans la vessie, il y eut de nouveau un peu d'incontinence, mais qui disparut peu à peu. Le 5 avril, la malade pouvait retenir ses urines pendant cinq heures.

En résumé, selon M. Bryant, l'urètre, chez la femme, peut être dilaté à un degré considérable, avec facilité et sans danger; la dilatation lente à l'aide d'une tente d'éponge préparée ou d'autres moyens analogues paraît n'être pas exempte d'inconvénients; la dilatation rapide, après chloroformisation, est la méthode la plus sûre et la plus expéditive pour extraire de la vessie, chez la femme, les calculs de moyen volume et les corps étrangers; des calculs, ayant 1 pouce de diamètre chez de jeunes sujets et jusqu'à 2 pouces chez les adultes, ont pu être extraits heureusement par cette méthode.

Quant aux autres opérations, M. Bryant rejette comme dangereuse l'incision du col de la vessie et de l'urètre; il réserve la lithotritie pour les cas où l'extraction ne pourrait être faite sûrement par la dilatation rapide, c'est-à-dire pour ceux où la pierre est volumineuse, la vessie étant saine; enfin il regarde la lithotomie vaginale comme une ressource précieuse, mais qui ne doit être employée qu'exceptionnellement, lorsque les autres méthodes ne sont pas applicables. (*Royal med. and chir. Soc.*, in *Lancet*, mai 1864.)

Pathogénie des dartres; influence de l'altération du sang; traitement. M. le docteur Rochard a présenté à l'Académie des sciences deux mémoires sur l'influence de l'altération du sang sur la pathogénie et le traitement des dartres. Voici les conclusions qui résument ce long travail :

1° Dans l'étude histologique de la peau, il faut séparer le derme des éléments superposés. La pathogénie des dartres est alors nettement saisie et l'observateur peut s'expliquer les différences que présentent ces lésions cutanées suivant le siége exact qu'elles occupent;

2° Il existe huit espèces de dartres correspondant à cinq siéges anatomiques; leur caractère commun est d'at-

taquer les parties les plus superficielles de la peau;

3° La congestion, cause efficiente, est toujours, quel que soit son point de départ, unique pour toutes les formes;

4° Les manifestations dartreuses étant purement locales, il importe de les combattre par des agents thérapeutiques locaux exerçant sur les éléments malades une action élective et puissante;

5° L'iodure de chlorure mercureux est dans ce cas d'une grande efficacité: il détermine un mouvement expulsif qui aboutit *nécessairement* à l'élimination des produits morbides;

6° Il n'y a pas *nécessairement* altération du sang dans toute maladie dartreuse, mais lorsque l'action expulsive de l'iodure de chlorure mercureux est entravée, c'est qu'il existe, comme complication plus ou moins grave de la congestion initiale, une diminution de globules sanguins, avec prédominance absolue ou relative de la fibrine et de l'albumine;

7° Le mouvement expulsif que détermine notre traitement des dartres, la réaction qu'il provoque, sont en raison directe des symptômes morbides:

8° Lorsque le tégument externe est malade, il importe de le traiter localement; mais lorsque l'harmonie des éléments constituants du sang est rompue, il faut associer à la médication topique si efficace, un traitement général qui rappelle à leur exercice normal les grandes fonctions auxquelles la constitution du sang est directement et immédiatement subordonnée;

9° Sous l'influence de cette thérapeutique rationnellement combinée, la vie des tissus cutanés se réveille et la guérison alors s'effectue.

VARIÉTÉS.

Ecole impériale du service de santé militaire.

Un décret vient de paraître sur l'organisation du service de santé militaire. Nous en faisons connaître les principales dispositions.

TITRE Ier. — *Institution de l'Ecole impériale du service de santé militaire.*

Art. 1er. — L'Ecole impériale du service de santé militaire, instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg et près l'École supérieure de pharmacie de la même ville, a pour objet de former des médecins et des pharmaciens stagiaires, qui, après un an d'instruction complémentaire pratique spéciale à l'Ecole impériale d'application du Val-de-Grâce, et après avoir satisfait aux examens de sortie, sont nommés aides-majors de deuxième classe.

Art. 2. — Les élèves médecins suivent les cours, les conférences et les exercices pratiques de la Faculté; casernés dans l'Ecole, ils y sont soumis à des interrogations et à un système d'études intérieures qui, par l'emploi réglé du temps, les préparent à subir les examens du doctorat d'après le mode déterminé au titre IV.

Les élèves pharmaciens suivent les cours de l'Ecole supérieure de pharmacie; casernés dans l'Ecole, ils y sont soumis à des travaux intérieurs analogues.

Art. 3. — La durée des études dans l'Ecole est de quatre ans pour les élèves médecins et de trois ans pour les élèves pharmaciens. Aucun élève ne peut être autorisé à y passer une année de plus, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail.

Sauf le cas prévu au dernier paragraphe de l'article 42 ci-après, l'élève qui a cessé de faire partie de l'Ecole peut y être réadmis, mais seulement par voie de concours, et s'il remplit encore les conditions voulues.

TITRE II. — *Mode et conditions d'admission des élèves.*

Art. 4. — Nul n'est admis à l'Ecole de service de santé que par voie de concours.

Le concours est public, et a lieu tous les ans.

Le ministre de la guerre en détermine les règles ; chaque année, il arrête le programme des matières sur lesquelles doivent porter les examens, ainsi que l'époque de l'ouverture de ces examens.

L'arrêté du ministre est rendu public avant le 1er avril.

Art. 5. — Le jury d'examen se compose, pour les candidats en médecine, d'un médecin inspecteur do l'armée, président, et de deux professeurs de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires; pour les candidats en pharmacie, du pharmacien inspecteur, président, et de deux pharmaciens militaires; les examinateurs sont nommés tous les ans par le ministre.

Art. 6. — Nul ne peut concourir pour l'admission à l'Ecole impérialo du service de santé militaire s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est né ou naturalisé Français ;

2° Qu'il a été vacciné ou qu'il a eu la petite vérole ;

3° Qu'il a eu plus de dix-sept ans et moins de vingt ans au 1er janvier de l'année courante ;

Aucune dispense d'âge ne peut être accordée.

4° Qu'il a été reconnu apte à servir activement dans l'armée. Cette aptitude sera justifiée par le certificat d'un médecin militaire de grade de major au moins ; elle pourra être vérifiée par l'inspecteur du service de santé, président du jury d'examen.

5° Qu'il est pourvu du diplôme de bachelier ès lettres et du diplôme de bachelier ès sciences restreint, s'il est candidat en médecine, et seulement du diplôme de bachelier ès sciences complet, s'il est élève en pharmacie.

Les élèves pharmaciens doivent, en outre, justifier de trois années de stage dans une pharmacie civile. Les certificats de stage doivent être appuyés d'une attestation d'inscription au secrétariat d'une école de pharmacie ou sur les registres spéciaux déposés chez les juges de paix. Deux années passées dans les hôpitaux civils en qualité d'interne comptent pour deux années de stage.

Art. 7. — Avant l'ouverture des examens et, à l'époque fixée par les programmes, les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux des intendants militaires des divisions dont les chefs-lieux sont compris dans l'itinéraire du jury d'examen.

Art. 8. — Au terme des opérations, le jury d'admission dresse la liste, par ordre de mérite, des candidats admissibles. Le ministre de la guerre nomme élèves du service de santé militaire, en suivant l'ordre de cette liste, ceux des candidats qui remplissent les conditions voulues.

Art. 9. — Les élèves doivent toujours être arrivés à l'Ecole avant la séance de rentrée de la Faculté ou de l'Ecole supérieure de pharmacie, et en temps utile, pour qu'ils puissent être installés et habillés dès l'ouverture de leurs cours.

Art. 10. Le prix de la pension est de 1,000 francs par an; celui du trousseau est déterminé chaque année par le ministre de la guerre. Les livres et les instruments nécessaires aux études des élèves leur sont fournis par l'Etat, et sont comptés dans le prix du trousseau.

Des bourses et des demi-bourses sont accordées aux élèves qui ont préalablement fait constater l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'Ecole.

L'insuffisance de la fortune des parents et des jeunes gens doit être, au moment de l'inscription du candidat, constatée par une délibération motivée du conseil municipal, approuvée par le préfet du département.

Les bourses ou demi-bourses sont accordées par le ministre de la guerre, sur la proposition du conseil d'administration institué par l'article 44 ci-après, auquel se joignent, pour cette opération, les deux professeurs et les deux pharmaciens militaires qui ont fait partie du jury d'examen pour l'admission.

Les élèves qui les obtiennent sont tenus de contracter un engagement militaire de sept ans avant leur rentrée à l'Ecole.

Art. 11. — Il peut être alloué, sur la proposition du même conseil sus-indiqué en l'article 10, à chaque boursier ou demi-boursier, un trousseau ou un demi-trousseau à son entrée à l'Ecole.

Art. 12. Les frais d'inscription, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de diplômes, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont payés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge du candidat.

. . . .

TITRE IV. — *Instruction.*

Art. 23. — Les candidats admis par ordre de mérite, et d'après la liste dressée par les jurys mentionnés en l'article 5, sont commissionnés par le ministre de la guerre en qualité d'élèves du service de santé militaire, sur le vu de leurs commissions transmises au doyen de la Faculté ou au directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie par le médecin inspecteur-directeur de l'Ecole du service de santé militaire; ils sont inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine ou de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Art. 24. — Le directeur se concerte avec le recteur de l'Académie, avec le doyen de la Faculté et le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, pour régler les heures des cours, des conférences et des exercices pratiques, et pour les coordonner avec les études intérieures des élèves.

Art. 25.—Les cours obligatoires sont, pour les élèves médecins, les suivants, conformément à l'arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 26 septembre 1837 :

Les trois cliniques (médecine, chirurgie, accouchements); — pathologie médicale et chirurgicale ; — matière médicale et thérapeutique ; — médecine opératoire; — anatomie pathologique; — cours d'accouchements; — médecine légale ; — hygiène générale.

Pour les élèves pharmaciens, ils sont les suivants :

Chimie; — pharmacie ; — physique; — toxicologie; — botanique et histoire naturelle des médicaments ; — matière médicale.

Art. 26. — Les programmes de ces cours déterminent non-seulement l'ensemble et le cadre méthodique des matières à traiter dans les limites de chaque enseignement semestriel ou annuel, mais le nombre des leçons et les matières qui seront traitées dans chaque leçon.

Art. 27. — Les programmes, rédigés par les professeurs, et acceptés en as-

semblée de Faculté, sont soumis, par le ministre de l'instruction publique, à une commission mixte, composée de deux membres du Conseil de santé désignés par le ministre de la guerre, du directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg et de l'inspecteur général de l'ordre de la médecine, président.

Le ministre de l'instruction publique, sur le rapport motivé de cette commission, arrête définitivement lesdits programmes, dont il est remis des exemplaires au Conseil de santé et à la direction de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

En cas d'empêchement d'un professeur, il est suppléé par un agrégé désigné d'avance pour chaque spécialité de l'enseignement médical, le suppléant se conforme, comme le professeur, au programme officiel de chaque leçon.

Art. 28. — Le professeur de clinique médicale exerce lui-même les élèves militaires aux diverses explorations et à tous les détails du diagnostic.

Le professeur de clinique chirurgicale exerce les élèves militaires aux pansements et à la pratique des petites opérations, à l'application des appareils, à l'assistance dans les grandes opérations, etc.

Le professeur de clinique obstétricale s'applique à les familiariser avec les divers modes d'exploration et les fait participer activement à la pratique des accouchements.

Dans les trois cliniques, les élèves militaires sont traités et utilisés sur le même pied que les internes.

Art. 29. — Les élèves du service de santé militaire sont admis à subir les épreuves pour le doctorat dans l'ordre et aux époques déterminées ci-après, savoir :

Le premier examen de doctorat (troisième examen dans le mode suivi près les Facultés) portant sur l'histoire naturelle médicale, la physique et chimie médicales, après la quatrième et avant la cinquième inscription.

Le deuxième examen de doctorat (premier examen dans le mode suivi près les Facultés), portant sur l'anatomie, la physiologie et la dissection, après la huitième et avant la neuvième inscription.

Le troisième examen de doctorat (deuxième examen dans le mode suivi près les Facultés), portant sur la pathologie interne et externe, et la médecine opératoire, après la douzième et avant la treizième inscription.

Le quatrième et le cinquième examen de doctoral, portant, le premier sur l'hygiène, la médecine légale, la thérapeutique, la matière médicale et la pharmacologie; le deuxième sur la clinique interne et externe, et sur les accouchements, et l'épreuve de la thèse avant la seizième inscription, du 1er août au 31 décembre.

Art. 30. — Les trois premiers examens de doctorat ci-dessus spécifiés sont subis à la fin de chacune des trois années d'études correspondantes du 1er au 31 août. En cas d'échec, les élèves sont admis à subir de nouveau ces épreuves dans le courant du mois de novembre suivant. Un deuxième échec entraîne d'office le licenciement de l'élève et la sortie immédiate de l'Ecole.

Art. 31. — Les examens dits de fin d'année sont remplacés par des examens semestriels subis du 1er au 15 avril, dans la même forme et aux mêmes conditions que les examens de fin d'année.

Les élèves sont, en outre, dans l'intérieur de l'Ecole, soumis à des interro-

gations hebdomadaires dirigées par des répétiteurs et portant sur les matières enseignées.

Les résultats de ces interrogations donnent lieu à des classements semestriels, qui, combinés à la fin de l'année avec les résultats des examens subis à la Faculté et spécifiés en l'article 30 ci-dessus, déterminent le rang de passage des élèves d'une division à l'autre.

Art. 32. — La liste définitive des classements par ordre de mérite, pour le passage d'une division à l'autre, est établie dès la reprise des études ; elle est dressée par un jury composé comme suit :

Le directeur, président; — le sous-directeur ; — les deux médecins-majors de première classe;—les répétiteurs des cours et conférences afférents à chaque année d'études.

Les notes obtenues par les élèves, à la suite des examens subis à la Faculté, du 1er au 15 avril et du 1er au 31 août, sont communiquées à ce jury.

Art. 33. — Tout élève du service de santé militaire, reçu docteur ou pharmacien de première classe, suivant le mode déterminé par le présent décret, est admis de plein droit à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, et, sur le vu de son certificat d'aptitude, le directeur de l'Ecole du service de santé est autorisé à lui faire délivrer immédiatement une feuille de route pour cette destination.

Art. 34. — Les élèves de l'Ecole du service de santé, démissionnaires ou licenciés conserveront devant les Facultés de médecine le bénéfice des inscriptions qu'ils auront prises; les examens qu'ils auront subis avec succès pour le doctorat ne leur seront comptés près des Facultés que comme examens de fin d'année. . . . .

TITRE VII. — *Dispositions générales.*

Art. 49. — Le ministre de la guerre détermine par des règlements particuliers ayant pour base les dispositions du présent décret, tout ce qui est relatif au service intérieur, à la discipline, à l'administration et à la comptabilité.

Art. 50. — Toutes les fois que le ministre de la guerre le juge nécessaire, et après en avoir prévenu le ministre de l'instruction publique, il confie à un inspecteur du service de santé le soin de contrôler la marche et les résultats des études des élèves militaires.

A cet effet, cet inspecteur, après avoir prévenu le recteur, le doyen de la Faculté, ou le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, assiste aux leçons, aux interrogations, et, s'il y a lieu, aux examens. Il adresse au ministre de la guerre, à la suite de chaque mission, un rapport dont le double est transmis au ministre de l'instruction publique.

Art. 51. — Outre ces missions éventuelles, qui ont pour objet de vérifier la marche et la force des études des élèves militaires, le ministre charge tous les ans un inspecteur du service de santé militaire de l'inspection de l'Ecole, en ce qui concerne le personnel, le service, la discipline, la régularité de l'instruction, l'hygiène et le fonctionnement de l'Ecole dans toutes ses parties.

Un intendant militaire passe l'inspection administrative de l'Ecole.

Art. 52. — Toutes les dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

NAPOLÉON.

Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central s'est terminé samedi 11 juin, par la nomination de MM. Léon Labbé et Armand Desprès.

Par divers arrêtés de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, les nominations suivantes viennent d'avoir lieu aux fonctions de médecins inspecteurs d'eaux minérales :

Saint-Gervais (Savoie), M. le docteur Billout, médecin consultant à Luxeuil, en remplacement de M. le docteur Payen, démissionnaire;

Chaudesaigues (Cantal), M. le docteur Bremont, en remplacement de M. le docteur Chevalier, démissionnaire;

Ax (Ariège), M. le docteur Auphan, médecin inspecteur à Euzet (Gard), en remplacement de M. le docteur Alibert, démissionnaire;

Royat (Puy-de-Dôme), M. le docteur Basset, médecin inspecteur de Saint-Nectaire, en remplacement de M. le docteur Camille Allard, décédé.

Le comité médical des Bouches-du-Rhône, reconnu, par décret impérial, établissement d'utilité publique, promet de décerner, dans sa séance générale d'avril 1865, une médaille d'or de la valeur de 200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur les questions suivantes :

« 1° Quel est l'état actuel des associations médicales en France?

« 2° Répondent-elles au but principal de leur création, qui est de ne faire des dignes médecins français qu'une seule famille?

« 3° Dans le cas contraire, quels sont les moyens à prendre pour atteindre ce but?

« 4° Faut-il admettre les pharmaciens dans ces associations?

« Les concurrents comprendront qu'ils doivent indiquer le nombre d'associations médicales et sa marche ascendante depuis la première qui a été fondée jusqu'à ce jour; qu'ils ont à signaler le chiffre exact des membres de chaque association, ses actes et sa situation financière, aux diverses phases de son existence, ainsi que les causes de sa prospérité ou de sa décadence.

« La réponse à la deuxième question réclame un exposé franc, consciencieux, des améliorations dont ces associations sont susceptibles.

« Quant aux troisième et quatrième questions, elles sont soumises, sans commentaires, aux lumières des candidats. »

Le comité médical ne se dissimulant pas l'importance des Sociétés de secours, tenant par cela même à ce qu'elles soient dotées de tout ce qui peut assurer leur bien-être, notamment quant aux services du ressort de la médecine et de la pharmacie, le comité, disons-nous, décernera, dans la même séance, un prix de 300 francs au concurrent qui aura produit le meilleur travail sur ces deux questions :

« Le service médical des associations de prévoyance et de secours est-il partout, en France, organisé de manière à concilier les exigences des membres qui les composent avec ce qui est dû aux médecins et pharmaciens qui les desservent ?

« Dans la négative, quels sont les moyens de facile exécution propres à perfectionner ce service, et quels sont les avantages qui doivent en résulter sous tous les rapports ? »

Ces questions sont assez clairement posées pour nous croire dispensé de chercher à les rendre intelligibles par des explications. Les concurrents saisiront aisément les points à élucider, qui pourtant n'auraient pas été signalés comme devant fixer particulièrement l'attention. Ainsi, par exemple, les avantages attachés à un service de santé convenable des sociétés de prévoyance et de secours, ne seront pas exposés sans être précédés de la narration des inconvénients d'une mauvaise organisation de ce service.

Les membres titulaires du comité médical et les auteurs qui se feraient connaître sont seuls exclus du concours.

Les mémoires écrits lisiblement et envoyés francs de port, dans les formes académiques, seront reçus jusqu'au 1er mars 1865, terme de rigueur.

Ils seront adressés à M. le docteur P.-M. Roux, président perpétuel du comité, rue Montgrand, n° 12, à Marseille.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Sur l'anaphrodisie produite par l'usage prolongé des préparations arsenicales.

Par M. le docteur J.-M. Charcot, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

Les préventions injustes qui naguère faisaient redouter outre mesure l'emploi prolongé des préparations arsenicales dans le traitement de certaines affections chroniques, se sont aujourd'hui en partie évanouies à la lumière des faits rigoureusement observés, et il semble même qu'elles aient fait place, dans quelques esprits, à un optimisme qui n'est sans doute pas exempt de dangers. En effet, s'il est vrai, comme l'ont affirmé bon nombre d'auteurs, que l'administration méthodique de l'arsenic puisse être, le plus souvent, longtemps soutenue sans qu'il en résulte pour le malade aucun inconvénient sérieux, il est vrai également que dans un certain nombre de cas on peut voir se produire, sous l'influence de cette médication, des accidents plus ou moins graves. Ces accidents, pour la plupart, ont été, dans ces derniers temps, indiqués et décrits comme il convient; l'un d'eux cependant a été, je pense, à peine remarqué, bien qu'il mérite à tous égards d'être connu, et c'est pourquoi j'ai cru utile de fixer sur lui l'attention : je veux parler de *l'anaphrodisie arsenicale*.

Mon maître, M. Rayer, est, du moins à ma connaissance, le seul auteur qui l'ait signalé d'une manière expresse, et voici dans quels termes il s'exprime à ce sujet, dans l'article *Arsenic* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (t. III, p. 372, § XIV, 1829).

« Indépendamment, dit-il, des altérations que les préparations arsenicales peuvent déterminer dans les organes digestifs, et que peut faire prévoir la connaissance de leurs *operative effects;* indépendamment des *tremblements* et des *paralysies* des membres, observés par plusieurs auteurs, le fait suivant et deux faits analogues dont j'ai eu connaissance, tendent à établir qu'elles peuvent déterminer quelquefois une véritable paralysie des parties génitales. J'ai soigné, à l'hôpital de la Charité, de la lèpre et d'une entérite chronique, un compositeur en imprimerie, âgé de vingt-trois ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, quoique d'une constitution assez faible, atteint depuis cinq ans d'une lèpre *vulgaire,* qui, d'abord bornée aux coudes et aux genoux, s'étendit ensuite, les années suivantes, à toutes les autres parties du corps. Les deux

premières années, elle fut combattue par les bains simples, les bains sulfureux et d'autres préparations de soufre. La troisième année il fit divers remèdes, et fut enfin soumis à l'action de la *solution de Fowler*, qu'il prit progressivement depuis 5 jusqu'à 20 gouttes, pendant trois mois. Peu de temps après avoir fait usage de ce remède, il éprouva des douleurs à l'estomac, les digestions devinrent pénibles, il perdit ses forces, fut pris d'une diarrhée assez abondante, et les organes de la génération furent frappés d'une *véritable paralysie*. Elle a persisté depuis dix-huit mois, et il m'assure aujourd'hui que la diarrhée est rappelée par le plus léger écart de régime. »

Il m'a été donné de recueillir deux faits qui viennent à l'appui des observations de mon savant maître; je crois devoir en reproduire les principaux détails :

Obs. I. M. X***, un de mes anciens condisciples, atteint depuis l'âge de quinze ans d'un psoriasis à plaques confluentes et étendu à presque toute la surface du corps, commença vers le milieu de l'année 1849, étant alors âgé de vingt-sept ans, à faire un usage pour ainsi dire habituel des préparations arsenicales. A partir de cette époque jusqu'au commencement de 1852, il ne négligea jamais de se soumettre, chaque année, à cette médication pendant deux ou trois mois à peu près sans interruption, en élevant progressivement les doses. A plusieurs reprises même, la cure arsenicale fut répétée deux fois et plus dans le courant d'une même année. Toujours à la suite de ces cures, l'affection cutanée s'amendait : les plaques pâlissaient ou même disparaissaient en partie; mais constamment aussi, au bout de quelques semaines ou au plus de quelques mois, elles se reproduisaient et reprenaient bientôt leur ancien caractère. L'accoutumance, à la longue, était devenue telle chez M. X***, qu'il avait pu maintes fois, assurait-il, élever les doses jusqu'à prendre 5 centigrammes d'acide arsénieux dans les vingt-quatre heures, sans interruption pendant plusieurs semaines. Les seuls accidents un peu intenses qu'il éprouvait en pareil cas, consistaient en un ptyalisme abondant et en troubles gastro-intestinaux, bientôt conjurés d'ailleurs par la suspension momentanée de la médication. L'usage aussi prolongé des préparations arsenicales n'avait pas encore ébranlé sensiblement la constitution originairement vigoureuse de M. X***, lorsqu'il vint me consulter pour la première fois vers la fin de l'année 1851. Toutes les fonctions s'exécutaient alors régulièrement; seulement le tégument externe avait pris chez lui, depuis plus d'un an, une teinte

indélébile d'un brun sale, principalement marquée sur les points qui restent habituellement à l'abri du contact de la lumière.

En avril 1852, M. X*** vint me trouver de nouveau pour m'entretenir d'un symptôme qu'il éprouvait depuis trois mois environ, qui l'affligeait beaucoup et qui même avait fait naître chez lui un état de profonde mélancolie. Les fonctions génésiques, qui autrefois s'exerçaient très-énergiquement, avaient subi une atteinte sérieuse; les érections étaient devenues rares, imparfaites, de manière à rendre le coït à peu près impossible, ou tout au moins presque toujours incomplet. Les organes génitaux externes avaient conservé, cependant, toutes les apparences de l'état normal. J'avais alors connaissance des observations de M. Rayer que j'ai relatées plus haut, et je crus devoir attribuer l'état d'anaphrodisie où se trouvait mon collègue à l'abus qu'il avait fait de l'arsenic. Je lui donnai le conseil de s'abstenir complétement, au moins pendant un espace de temps assez long, de l'usage de ce médicament. Il se conforma à ma prescription et recouvra progressivement, — mais seulement après quatre ou cinq mois d'observance, — l'énergie première de ses fonctions sexuelles.

Obs. II. M. J. N***, employé, âgé de trente-cinq ans, avait été admis, le 24 mars 1860, à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Gabrielle, lit n° 17, dans le service de mon excellent collègue M. le docteur Hillairet, que je remplaçais alors par intérim. M. N*** avait été atteint une première fois de psoriasis vers l'âge de seize ans; mais à cette époque les plaques, bien qu'elles fussent assez larges et répandues à peu près sur toute la surface du corps, avaient disparu complétement à la suite d'un traitement qui n'avait pas duré plus de trois mois et qui avait consisté, au dire du malade, en onctions faites sur les plaques à l'aide d'une pommade mercurielle. L'affection cutanée se reproduisit cinq ou six ans après, dans toute son intensité première. Ce fut alors que M. N*** eut, pour la première fois, recours à l'arsenic. A partir de cette époque et pendant une période de près de dix années, il se soumit ainsi qu'il suit à la médication arsenicale; il prenait pendant trois ou quatre mois, sans interruption, des pilules d'*arséniate de potasse* (?) dont il portait progressivement le nombre jusqu'à douze ou quinze par jour; après quoi il suspendait la médication pendant quatre ou cinq mois, pour la reprendre ensuite de nouveau suivant le même mode. Sous l'influence du médicament, les plaques de psoriasis s'effaçaient et disparaissaient même parfois pour un temps. Mais la plupart d'entre elles se reproduisaient par la suite, peu à peu, avec les mêmes ca-

ractères qu'auparavant. Vers la fin de cette période de dix années, la peau avait acquis, principalement au voisinage des plaques persistantes ou en la place même de celles qui avaient disparu, une coloration noirâtre, analogue à celle dont il a été question dans l'observation précédente. En 1855, les pilules d'arséniate de potasse furent échangées contre la solution de Fowler : M. N*** fit pendant plus de deux ans un usage presque incessant de cette solution, qu'il portait fréquemment à des doses fort élevées, et qu'il supportait cependant, paraît-il, sans en éprouver d'inconvénients notables. Vers le milieu de 1858, toutefois, il remarqua que depuis quelque temps l'énergie des fonctions sexuelles s'était chez lui considérablement amoindrie ; fortuitement il arriva qu'il suspendit définitivement vers la même époque, pendant une année, l'emploi de la solution de Fowler ; néanmoins, les organes génitaux tombèrent dans un état d'inertie complète ; c'est au point que M. N***, qui auparavant recherchait le coït deux ou trois fois par semaine, resta, assure-t-il, pendant près d'un an sans éprouver la moindre érection. Par suite, vraisemblablement, de la suspension prolongée de la médication arsenicale, l'anaphrodisie disparut peu à peu, mais en même temps l'affection cutanée reprit une grande intensité. En mai 1859, M. N*** se détermina à faire usage encore une fois de la solution de Fowler, qu'il prit pendant cinq mois consécutifs presque sans interruption. L'état d'anaphrodisie se reproduisit bientôt comme par le passé ; il avait persisté depuis et persistait encore le 28 mai 1860, époque à laquelle nous avons perdu de vue le malade.

L'existence d'un affaiblissement plus ou moins prononcé et plus ou moins durable des fonctions sexuelles se produisant, chez l'homme, sous l'influence de l'emploi prolongé des préparations arsenicales, nous paraît établie suffisamment par tout ce qui précède, et il n'est point nécessaire, ce nous semble, d'entrer à ce propos dans une discussion en règle. Nous voyons, en effet, dans nos observations, cette sorte de paralysie des organes génitaux se déclarer pendant le cours de la médication, chez des sujets dans la force de l'âge, vigoureux, bien constitués, sans qu'il soit possible de reconnaître, en dehors de l'action prolongée du médicament, aucune circonstance capable d'expliquer le développement d'un pareil accident. Dans nos deux cas l'anaphrodisie a disparu plusieurs mois après la cessation du traitement, mais dans un de ces cas elle s'est bientôt reproduite à la suite de l'administration de nouvelles doses d'arse-

nic, et ainsi l'influence spéciale de cet agent est devenue des plus manifestes.

En raison de leur très-petit nombre, les observations que nous avons rapportées, ne nous permettent guère d'aller au delà de l'énoncé pur et simple du fait sur lequel nous appelons l'attention; elles font voir toutefois que l'inertie des organes génitaux déterminée par la médication arsenicale peut exister à un très-haut degré, se montrer même, pour ainsi dire, absolue; qu'elle peut, en outre, persister pendant un temps fort long, peut-être même indéfiniment après la suspension du remède : ce serait donc là, en définitive, un accident fort sérieux, fort à redouter, s'il devait se produire toujours avec le caractère d'intensité qu'il a présenté jusqu'ici; mais, par contre, c'est là très-vraisemblablement un accident fort rare. En effet, on ne le trouve mentionné, — à une exception près, — par aucun des auteurs qui ont étudié avec le plus de soin l'emploi thérapeutique de l'arsenic [1]. De plus, — autant qu'on peut en juger d'après ce que nous avons observé, — il ne se produirait que dans les circonstances tout à fait exceptionnelles où le médicament est porté à des doses très-élevées et administré durant un laps de temps qui dépasse de beaucoup les limites auxquelles on s'arrête dans la grande majorité des cas. Il importe de remarquer, cependant, que l'anaphrodisie arsenicale pourra se montrer moins rare lorsqu'elle aura suffisamment fixé l'attention des médecins et que, d'un autre côté, elle a pu, dans un cas, se manifester à la suite d'un traitement qui n'a pas duré plus de trois mois, et pendant lequel la dose de la *solution de Fowler* n'a jamais été portée au delà de 20 gouttes par jour.

Quoi qu'il en soit, dans la série des symptômes de l'*arsenicisme chronique*, l'anaphrodisie paraît devoir être comptée au nombre des plus tardifs; ceux-ci, très-variés dans leur forme, mais remarquables presque toujours par leur grande ténacité, ne se manifestent guère qu'à la suite d'un long usage de l'arsenic, dans les cas, par exemple, où il s'agit de modifier lentement l'organisme occupé par une maladie constitutionnelle. Dans le but de prévenir, en pareil cas, ces accidents, plusieurs auteurs ont proposé de modifier la méthode le plus généralement adoptée et qui consiste à administrer

---

(1) Il n'est point fait mention, par exemple, de ce symptôme de l'arsenicisme dans le traité de MM. Trousseau et Pidoux, non plus que dans ceux de J. Pereira (*The elements of materia medica*, etc., 4e édit., t. I, p. 700. 1854), et d'Œsterlen (*Handbuch der heilmittellehre*. Tubinge, 1856).

l'arsenic à doses graduellement croissantes, jusqu'à production des effets thérapeutiques, à partir du moment où la tolérance s'est établie. Les uns, avec Bardsley [1] et MM. Hunt [2], font décroître les doses aussitôt que les premiers effets pathogénétiques, — tels que la salivation, l'ardeur de la gorge, la tuméfaction des paupières, etc., — se sont produits; les autres, avec les docteurs Kellie [3] et Hunt [4], veulent qu'en outre, à la même époque, la médication soit suspendue pendant quelques jours. Il est vraisemblable qu'en suivant la méthode ainsi modifiée, on évitera presque toujours l'accumulation excessive du médicament; mais l'on s'exposerait sans doute à bien des mécomptes, si l'on considérait les accidents primaires de l'arsenicisme chronique, — en tout comparable, à ce point de vue, aux autres espèces d'intoxication lente, — comme devant nécessairement toujours précéder et annoncer, pour ainsi dire, les accidents placés plus loin dans la série. L'observation démontre, en effet, que ces derniers, — dans des cas à la vérité assez rares, — peuvent se manifester inopinément, sans avant-coureurs. C'est ainsi que, dans des circonstances à certains égards comparables, on voit parfois les symptômes graves de l'encéphalopathie saturnine éclater chez des individus qui, cependant, n'ont jamais éprouvé auparavant les tortures de la colique de plomb [5].

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur les varices du col de la vessie chez l'homme, et sur le traitement de la rétention d'urine qui en est la conséquence par la sonde à demeure [6].

Par M. le docteur Duclos (de Méru) ancien interne des hôpitaux.

Les varices du col de la vessie, que l'on pourrait peut-être appeler hémorrhoïdes vésicales avec Cœlius Aurelianus, offrent beau-

---

(1) Bardsley, *Medical reports*, p. 50.

(2) MM. Hunt, *On diseases of the skin*, p. 10.

(3) Kellie, *Case of chronic rheumatism and observations on the exhibition of arsenic*, etc., in *Edinb. medical and surgical journal*, 1808, t. IV, p. 179.

(4) D. Hunt, *Med. chirurg. transactions*, vol. XXI, p. 239.

Voyez aussi Begbie, *On the physiological and therapeutical effects of arsenic. Edinb. medic. journal*, 1858, n° 35, p. 962.

(5) C'est un fait qu'avaient signalé déjà Stockhausen et Desbois, de Rochefort, (*Cours élément. de matière médicale*, Avignon, an XI, t. I, p. 244), et qu'ont relevé ensuite, particulièrement, MM. Grisolle, Tanquerel Desplanches, et enfin mon regretté maître Requin (Voir les *Éléments de pathologie médicale*, t. III, 1852, p. 72).

(6) Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 490.

coup d'analogie avec les tumeurs hémorrhoïdales de l'anus. Elles présentent à peu près les mêmes variétés que ces tumeurs, lesquelles les compliquent très-fréquemment.

Les varices de la vessie sont de gros cordons noueux entre-croisés en tous sens, de la grosseur d'une plume ordinaire; on les rencontre aux faces antérieure et postérieure de l'organe sous le péritoine; quelques-unes sont pour ainsi dire incrustées dans les parois vésicales mêmes, et se distinguent par leurs nodosités des fibres charnues qui les recouvrent en plusieurs endroits. Elles semblent tellement confondues avec la tunique musculeuse, qu'on dirait de véritables sinus comparables de tous points à ceux de l'utérus. Cette disposition était très-remarquable dans notre seconde observation. Là ou des pelotons variqueux se dessinent à la surface de l'organe, la dissection a montré à M. le docteur Triquet les tuniques veineuses épaissies, triplées. La membrane interne très-épaisse se laisse déchirer en lambeaux par la moindre traction, de longs caillots fibrineux tapissent leur intérieur sans avoir contracté d'adhérences. Arrivées à l'extrémité antérieure et postérieure de la vessie, ces veines dilatées s'enfoncent dans la prostate. Cette glande quelquefois est plus grosse qu'un œuf. A la face intérieure de la vessie, sous la muqueuse même, varices moins volumineuses mais plus nombreuses. Au niveau de l'orifice vésical la muqueuse forme quelquefois une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui n'est autre chose qu'une énorme dilatation variqueuse, et qui obture complétement l'orifice d'écoulement de l'urine. Cette tumeur est souvent disposée de façon que la sonde pénètre facilement de dehors en dedans en la soulevant; mais dans les efforts que fait le malade pour uriner, elle s'applique sur l'orifice, poussée en avant par les fibres musculaires sur lesquelles elle repose; les fibres musculaires placées au-dessous sont hypertrophiées, et dans ces cas, quand la sonde était introduite, l'urine jaillissait en arcade, preuve que la vessie n'était pas paralysée. Cette disposition était bien marquée dans notre première observation.

Les vaisseaux variqueux de la vessie peuvent se rompre ou laisser transsuder à travers leurs parois le sang qui les distend. Leur rupture, dit Chopart, moins rare que la transsudation, est souvent occasionnée par la présence d'une pierre dans ce viscère, surtout si le malade fait des exercices immodérés, s'il va en voiture dans des chemins raboteux, s'il monte à cheval, s'il fait usage de diurétiques âcres. Elle survient aussi par la pléthore ou la surabondance du sang dans ces vaisseaux, par un effort, par une chute, un coup ou

l'introduction d'une sonde dans la vessie. L'effusion de sang dans la cavité de ce viscère rend alors les urines sanguinolentes et produit le pissement de sang. Lorsque cet accident se manifeste, on ne peut juger qu'il provient de la rupture de vaisseaux variqueux qu'après avoir recherché la source, les causes et examiné les phénomènes et les symptômes qui l'accompagnent; s'il sort pur et sans mélange d'urine, sans aucun effort pendant la miction, c'est qu'il vient de l'urètre. Pour les autres organes, quand le sang vient de la vessie, des uretères, des reins, il est plus difficile d'en reconnaître la source.

Voici un exemple de pissement de sang avec catarrhe vésical, qui probablement était dû à des varices de la vessie et à la pléthore.

Obs. V. *Pissement de sang et catarrhe vésical.* — Le 18 novembre 1851, entrait à saint-Louis, dans le service de M. Malgaigne, un homme de cinquante-quatre ans, le nommé Avenine (Julien), chapelier. C'est un homme robuste, d'une forte constitution, pléthorique, qui depuis six ans était sujet fort souvent à d'abondantes hémorrhagies nasales. Sa mère est morte à soixante-dix ans d'une attaque d'apoplexie; son père est mort de vieillesse à quatre-vingt-dix-sept ans. Quant à lui, il a eu la gale étant enfant, il a eu une blennorrhagie deux ans avant son entrée à l'hôpital, sans chancres ni bubons, jamais d'hémorrhoïdes. Il travaille toute la journée debout. Depuis trois mois, quand il vient dans ce service, il urinait du sang sans cause connue, quelquefois à plein canal, quelquefois seulement mêlé à l'urine, qui alors était jaune orangée; quelquefois en pressant l'urètre, il faisait sortir de longs caillots rouges coagulés; jamais il n'a rendu ni gravier, ni pierre. La miction était très-faible et non douloureuse; on ne l'avait jamais sondé; quelquefois, quand il avait fini de pisser, il ressentait une sorte d'élancement au milieu du canal, mais jamais de douleur au bout du gland, comme dans la pierre; quelquefois il ne pouvait se retenir, et l'urine passait malgré lui. Le jet n'était jamais diminué, pas bifurqué. L'état général était très-satisfaisant. Il n'a pas maigri, pas perdu ses forces, jamais de toux, jamais de palpitations; souvent il avait de la constipation pendant deux ou trois jours; plusieurs fois nous avons vu dans son urine des filaments blancs, visqueux, pris en masse, comme dans le catarrhe vésical; en outre, par la chaleur et l'acide nitrique, nous avons constaté que cette urine contenait de l'albumine, sans doute celle du sang. Par le cathétérisme, on n'a pas senti de pierre dans la vessie, la sonde y est serrée, et on ne la fait pas mouvoir facilement; par le toucher rectal, on constate que la prostate a son volume normal. Pour traitement, on prescrit tisane de goudron et un bain alcalin chaque jour. Au bout de quelques jours, le malade quitte l'hôpital faute de lits, et par conséquent nous n'avons pu suivre les phases ultérieures de cette maladie intéressante, que nous avons regardée, à cette époque, comme un exem-

ple de pissement de sang par pléthore, venant des veines vésicales qui étaient sans doute variqueuses.

En parlant du pissement de sang qui peut être quelquefois, comme on vient de le voir, une complication des varices vésicales, nous devrions peut-être nous occuper de l'anatomie normale des veines de la vessie. Mais de cette étude, nous ne dirons que quelques mots, et seulement ce qui nous est nécessaire pour faire comprendre une autre complication, les hémorrhoïdes à l'anus, dont nous avons déjà parlé.

Dans le troisième fait de Chopart, dans notre observation IV, et, comme on le verra plus loin, dans nos observations IX et X, les varices de la vessie ont été compliquées d'hémorrhoïdes à l'anus. Arrêtons un instant notre attention sur cette coïncidence : elle n'est pas constante, puisqu'elle manque dans plusieurs de nos faits, et nous l'avons recherchée toutes les fois. Mais cependant elle est fréquente, puisque, dans ce travail, sur quatorze faits elle est notée quatre fois. La présence d'hémorrhoïdes anales pourra quelquefois servir au diagnostic des varices vésicales, ou au moins les faire soupçonner, quand en même temps il y a rétention d'urine.

Dans les cas où des hémorrhoïdes se rencontrent à l'anus en même temps que des varices vésicales, l'anatomie normale peut nous venir en aide pour l'interprétation de ces cas. Chacun sait, en effet, que la prostate et le col de la vessie sont entourés de veines plexiformes très-nombreuses : ces plexus veineux vésico-prostatiques communiquent largement avec les veines hémorrhoïdales moyennes, par lesquelles ils sont unis au plexus hémorrhoïdal. De toutes ces communications, il résulte que le plexus des veines vésicales est en quelque sorte, dit M. Sappey, le centre d'un vaste réseau veineux qui tapisse tout le plancher de l'excavation pelvienne, ainsi que les viscères qui traversent ce plancher, et qui unit largement entre elles non-seulement la plupart des branches d'origine des veines hypogastriques, mais les deux veines elles-mêmes... Il résulte de cette disposition, que les mêmes causes qui favorisent la dilatation des plexus vésico-prostatiques peuvent également produire celle des veines hémorrhoïdales.

Nous ne nous étendrons pas sur les symptômes, le diagnostic et le pronostic du gonflement variqueux du col de la vessie. Les détails que nous pourrions donner ici se trouvent, d'ailleurs, implicitement renfermés dans l'histoire de nos observations. Nous dirons seulement, à propos du diagnostic, que nous penserons avoir affaire à des varices vésicales lorsque les circonstances suivantes seront réunies :

1° excès de boissons ou vénériens antérieurs; 2° rétention d'urine survenue brusquement le lendemain d'un excès alcoolique; 3° sensation au col vésical d'un obstacle saignant facilement pendant le cathétérisme; 4° coïncidence d'hémorrhoïdes à l'anus.

Enfin nous dirons, à propos du pronostic, qu'on peut établir deux catégories de cas : 1° les uns incurables, comme ceux que nous avons cités jusqu'ici; ce sont ceux dans lesquels les varices vésicales accompagnent des lésions graves du viscère, comme les fongus, les pierres de la vessie, les maladies organiques du col vésical ou de la prostate; 2° les autres curables, dans lesquels les varices vésicales sont toute la maladie, et nous avons cinq exemples de ces derniers cas à citer, en parlant du traitement des varices vésicales.

Chopart avait déjà indiqué le traitement de la manière suivante : Quand ce gonflement variqueux s'accompagne de symptômes inflammatoires, on peut y remédier par le repos au lit, les boissons adoucissantes prises en petite quantité, les saignées du bras, l'application de sangsues au périnée ou à la marge de l'anus, ou de ventouses à l'hypogastre, et enfin par les sondes élastiques qui, au moyen de la pression qu'elles exercent sur les vaisseaux variqueux du col de la vessie les affaissent et peuvent rétablir leur force tonique. Desault a guéri, ajoute cet auteur, par l'usage de ces sondes plusieurs soldats revenant des Grandes-Indes, qui étaient sujets au pissement de sang provenant des vaisseaux variqueux de l'urètre et du col de la vessie. Le changement de climat, l'abstinence des spiritueux, des plaisirs vénériens, un régime adoucissant, suffisent quelquefois pour obtenir la guérison de cet accident, fréquent, comme chacun le sait, chez les habitants de l'île de France, et moi-même, dit Chopart, j'en ai vu de bons effets sur des hommes de l'âge d'environ trente ans de retour de cette île à Paris, qui pissaient souvent le sang pur, même après avoir rendu des urines claires.

Quand les urines sont totalement retenues par les varices du col vésical, il est urgent de leur donner issue en introduisant une sonde qui doit être d'un gros diamètre, et dont le bec, répondant à la direction de l'axe de l'urètre, sera appuyé avec force contre l'obstacle pour affaisser les parties tuméfiées et pour avoir plus de facilité à l'enfoncer dans la vessie. Il arrive ordinairement que la sonde, heurtant contre les vaisseaux dilatés, les déchire et produit un écoulement de sang plus ou moins abondant. Cet accident, loin d'être nuisible, est plus souvent utile, dit Chopart ; c'est une saignée locale qui dégorge les vaisseaux et qui peut dispenser de réitérer les émissions sanguines.

Dans les faits qui nous restent à raconter, c'est la sonde à demeure pendant trois semaines qui a amené la guérison. On doit la déboucher lorsqu'elle se remplit do caillots, soit en la retirant, soit en y injectant de l'eau tiède. On ne doit pas la laisser plus d'un mois, dit Chopart. Si pendant le cathétérisme, ou si en la retirant, ou enfin si, par des mouvements immodérés du malade, il se fait une hémorrhagie par l'urètre, cet écoulement de sang ne doit pas inquiéter : il s'arrête de lui-même. On ne devra pas toucher à la sonde, s'il n'y a ni fièvre, ni douleurs aux lombes, ni symptômes d'affaiblissement : ce sont ordinairement les varices de la vessie qui fournissent ce sang. Il cesse ordinairement par le repos... Pour retirer la sonde définitivement, on juge par la diminution de la quantité de mucosité purulente, par sa liquidité, par sa transparence, par la grande mobilité de la sonde dans le canal, par l'écoulement de l'urine entre cet instrument et l'urètre, par la force et la rapidité du jet urinaire, que la guérison ne tardera pas à s'opérer. Alors on doit la retirer plus fréquemment, apprendre aux malades à s'en passer le jour et à la remettre la nuit, puis à s'en passer deux, trois, quatre jours, et enfin on ne la remet qu'à des époques de plus en plus éloignées.

Nous, dans les faits dans lesquels nous avons employé la sonde à demeure, quand il s'agissait de la retirer, nous la laissions toujours un jour de plus que la fois d'avant, quand nous avions essayé si le malade pouvait uriner tout seul et sans sonde. Nous aimions mieux cela que de laisser les malades se sonder eux-mêmes, parce que nous en avions vu qui s'étaient fait ainsi des fausses routes, et par ce moyen nous en avons déshabitué facilement nos malades.

D'abord les vieillards chez lesquels on était obligé de garder une sonde à demeure, quand on la leur avait retirée, urinaient goutte à goutte, puis plus abondamment, et enfin plus tard à plein canal, même quand auparavant ils avaient eu une atonie de la vessie.

Voici maintenant les faits où la guérison nous a paru obtenue par l'emploi de la sonde à demeure.

Obs. VI. *Rétention d'urine à la suite d'excès de boissons : sonde à demeure. Eau de Vichy. Seigle ergoté, 50 centigrammes par jour. Guérison.* — Guilliet, âgé de soixante-deux ans, fabricant de galoches à Lormaison, commune du canton de Méru, est un homme d'une forte constitution, qui n'avait jamais été malade jusqu'au 1er octobre 1860, époque où il est pris de rétention complète d'urine après un excès de boisson fait la veille. Il avait bu une demi-bouteille de vin et deux petits verres d'eau-de-vie. Etant

militaire, il a fait beaucoup d'excès de boisson et vénériens. Sa profession l'oblige à travailler assis toute la journée. Plusieurs fois, en se sondant lui-même, il a rendu du sang plein un petit verre chaque fois. Pendant le cathétérisme, toujours le bec de la sonde était arrêté au col de la vessie : l'urine était lancée à sept ou huit centimètres ; donc il n'y avait pas de paralysie de vessie. On n'a pas pratiqué le toucher rectal.

Cet état dure depuis le 1er octobre jusqu'au 10 novembre suivant, c'est-à-dire pendant six semaines, sans fièvre, sans réaction générale; il n'existe en réalité que la rétention d'urine; l'appétit est bon, le sommeil, les forces sont à l'état normal.

Voici comme il a été traité : d'abord nous l'avons sondé une fois toutes les 24 heures pendant la première semaine. Bain alcalin chaque jour. Trois pilules chaque jour, contenant chacune 5 centigrammes de seigle ergoté, 25 milligrammes de copahu, et 25 milligrammes de térébenthine, pendant quinze jours. — Puis on a mis une sonde à demeure, d'abord pendant trois jours consécutifs, puis on l'a sondé deux fois par jour pendant trois jours ; ensuite on a mis une sonde à demeure encore pendant huit jours consécutifs ; mais on a été obligé de la retirer quand il est venu une grande suppuration de l'urètre avec fièvre et claquement de dents, pour lesquels accidents on a fait l'application de douze sangsues au périnée successivement. Au 31 octobre, aucun traitement n'avait encore réussi, et la rétention d'urine était aussi complète qu'au commencement. A partir de cette époque jusqu'au 10 décembre suivant, on a mis une sonde à demeure en plusieurs fois, d'abord quatre, puis cinq, puis six, puis huit jours, puis on la retirait pendant un jour ou deux pour le faire essayer d'uriner seul. Il prenait en même temps 50 centigrammes par jour de seigle ergoté pendant quinze jours, et il a pris pendant un mois un verre d'eau de Vichy chaque jour. — Enfin, au 10 décembre, il était entièrement guéri, et quand l'urine a commencé à couler entre la sonde à demeure et l'urètre, il l'a retirée définitivement, et a très-bien pu uriner tout seul. Quand il avait la sonde à demeure, il pissait toutes les deux heures le jour, et il se levait trois fois la nuit pour uriner.

Obs. VII. *Rétention d'urine, paralysie de vessie. — Sonde à demeure. — Emploi du seigle ergoté, copahu et térébenthine, 25 centigrammes de chaque, pendant quatre jours. — Guérison au bout de vingt-deux jours.* — Aubin Roussel, vieillard de quatre-vingts ans, robuste, bien conservé pour son âge, demeurant à Amblainville, commune du canton de Méru (Oise), est pris subitement, sans cause connue, le 7 juin 1863, de rétention complète d'urine. Jamais il ne buvait, jamais on ne l'a vu en état d'ivresse. Tumeur hypogastrique très-volumineuse. — Efforts inouïs pour uriner. — La première fois que je le sonde, quarante-huit heures après le début de la rétention, je retire trois assiettes à soupe pleines d'urine claire, limpide, normale. Le second jour je n'en retire que deux assiettes, le troisième jour enfin il n'y en a qu'une assiette et demie. Le cathétérisme de fois en fois devient de plus en plus difficile, le bec de la sonde est quelquefois longtemps arrêté au col vésical, et une

fois, après être resté trois quarts d'heure à le sonder, il vient quelques gouttes de sang par l'urètre. — Il n'y a pas d'hémorrhoïdes à l'anus, ce que l'on voit en pratiquant le toucher rectal pour diriger une sonde en gutta-percha avec mandrin, qu'au bout de quelques jours nous laissons à demeure pendant cinq jours consécutifs. — Pour traitement le malade prend pendant quatre jours cinq bols par jour contenant chacun 5 centigrammes de copahu, 5 centigrammes de térébenthine, et 5 centigrammes de seigle ergoté. L'urine alors sentait la violette, et il vint à la peau une éruption, la roséole que produit ordinairement le copahu.

La rétention d'urine a duré depuis le 7 juin jusqu'au 29 juin suivant, c'est-à-dire pendant vingt-deux jours consécutifs. On a laissé la sonde à demeure d'abord cinq, puis six, puis sept, puis enfin huit jours, et de fois en fois on s'apercevait, quand on la retirait, que la vessie se contractait de mieux en mieux ; l'urine, qui tombait d'abord en bavant, était lancée plus tard de plus en plus loin. Déjà, le 26 juin, le malade a uriné seul sans sonde plein un demi-pot en quatre fois; mais d'abord la vessie ne se vidait pas complétement, puisque la sonde en retirait encore une demi-assiette après que le malade avait uriné seul. — Le 28, l'urine a coulé entre la sonde à demeure et le canal, et l'écoulement purulent qui s'est formé dans l'urètre paraît diminuer.

Enfin, au 29 juin, la guérison est complète, le malade urine seul sans sonde, plein un demi-pot, et le jet urinaire est lancé jusqu'au bout des pieds.

Nous avons pensé que nous avions affaire ici encore à des varices du col vésical, accompagnant une paralysie de la vessie, parce que la sonde à demeure n'aurait pu guérir le malade s'il y avait eu des altérations organiques, et parce que le bec de la sonde arrêté au col de la vessie amenait facilement un écoulement de sang.

Obs. VIII. *Rétention d'urine. — Hypertrophie de la prostate. — Sonde à demeure vingt-huit jours. — Guérison.* — Le nommé Petit (Jean-Louis,), âgé de soixante-cinq ans, journalier à Héréville (Seine-et-Oise), est un homme de forte constitution, ordinairement très-bien portant, sinon à l'âge de vingt-cinq ans, où il a eu un rhumatisme pendant trois semaines après avoir nettoyé des petits courants d'eau. Il a fait cet état l'hiver pendant neuf ou dix ans. Il n'est cependant pas sujet aux douleurs. En juillet 1863, il y a trois ans qu'il a tous les hivers une maladie des voies urinaires qui est intermittente, et qui ordinairement se guérissait seule et sans traitement. Voici en quoi elle consistait : le malade était souvent gêné pour uriner pendant l'hiver et surtout pendant le mois d'avril. L'urine avait de la peine à venir d'abord, elle allait goutte à goutte, puis quand le jet était commencé il partait seul ; cela arrivait le matin en se réveillant, puis dans la journée le malade urinait très-facilement. Quelquefois il urinait malgré lui dans son pantalon : jamais il n'a pissé de sang, jamais il n'a eu de douleurs dans les reins, les aines, ni les cuisses; jamais on n'avait été obligé de le sonder. Cela durait un mois, et ensuite le malade urinait bien toute l'année.

Son père est mort à soixante-huit ans, hydropique, avec de grandes douleurs de ventre ; un de ses frères a eu une maladie des voies urinaires pendant trois semaines, à l'âge de soixante-douze ans, pour laquelle il a été sondé tous les jours et dont il est mort.

Quant à lui, étant jeune homme, il a fait quelques excès de boisson, en état d'ivresse trois ou quatre fois par an seulement ; mais depuis il vit très-sobrement, comme les gens de la campagne.

Quand il avait, l'hiver, sa maladie des voies urinaires, il se réveillait quatre ou cinq fois la nuit pour uriner ; le jour il urinait souvent plus de vingt fois, presque une fois l'heure. Jamais il n'a eu d'hémorrhoïdes à l'anus, ni varices aux jambes ; quelquefois il avait un peu de constipation, mais plus souvent un peu de diarrhée.

Le 19 juillet 1863, après une journée très-chaude, où il a bu beaucoup de cidre en faisant la moisson, tout d'un coup il est pris de rétention complète d'urine à deux heures du matin. D'abord, pour traitement, nous le sondons toutes les vingt-quatre heures, puis nous prescrivons vingt pilules contenant chacune 5 centigrammes de seigle ergoté, 5 centigrammes de copahu et 25 milligrammes d'essence de térébenthine, prises trois chaque jour. Et un bain chaque jour les trois premiers jours. — Tisane de bourgeons de sapin. — Un lavement émollient chaque jour.

Pendant le cathétérisme, on sent que le bec de la sonde est arrêté à la prostate. — Et par le toucher rectal on constate une hypertrophie de la prostate, qui est grosse comme un marron. — L'urine retirée est normale, et il n'y a jamais d'écoulement de sang pendant le cathétérisme.

Après les trois premiers jours, on mit la sonde à demeure pendant sept jours consécutifs, et on la laissa ainsi jusqu'au 28e jour de la maladie, avec la précaution de la nettoyer tous les sept à huit jours, à cause de l'écoulement purulent qui est survenu dans l'urètre. — Le malade a pris encore quarante pilules nouvelles, semblables à celles indiquées plus haut, à cinq par jour, c'est-à-dire 25 centigrammes de seigle, 25 centigrammes de copahu et 12 centigrammes de térébenthine par jour, et il était complétement guéri au 19 août, c'est-à dire au bout d'un mois de traitement, il urinait seul et sans sonde. Il s'en est déshabitué petit à petit. Il la retirait quelques heures, puis, la remettant, se sondait trois fois le jour, depuis le 19 août jusqu'au 25 août, où il ne se sonda plus jamais, époque où le jet était lancé très-loin. — Un mois après il eut une orchite à gauche, qui a guéri en un mois avec des sangsues, pommade hydrargyrique et emplâtre de Vigo sans mercure. — Nous avons cru encore ici à des varices du col vésical, parce qu'il nous semble que chez cet homme, qui paraissait pléthorique, s'il y avait eu une altération organique de la vessie, ou un abcès de la prostate, la maladie n'aurait pas cédé aussi facilement à l'emploi de la sonde à demeure.

Obs. IX. — *Rétention d'urine causée par une hypertrophie de la prostate, coïncidant avec des hémorrhoïdes. — Sonde à demeure. — Lavements astringents. — Guérison.* — Nous empruntons cette observation, comme la suivante, à la thèse de M. le docteur Tri-

quet. Un vieillard de soixante-douze ans, quand j'étais interne en 1844, dit cet auteur, entra vers le milieu de septembre à l'hôpital de Tours, pour y être traité d'une rétention d'urine. Il n'avait pas eu de maladie antérieure dans cette région; seulement, depuis deux ans, il avait vu peu à peu le jet d'urine diminuer de grosseur, puis l'urine sortir goutte à goutte. Avant son entrée à l'hôpital, le malade avait été traité pour une paralysie de vessie A son arrivée, le toucher par le rectum et la sonde permirent de reconnaître une hypertrophie de la prostate. Il y avait en même temps des bourrelets variqueux autour de l'anus. La sonde maintenue à demeure pendant un mois ne produisit aucune amélioration d'abord. Ce fut alors que des lavements avec la décoction de tan et l'alun furent prescrits deux fois par jour. Trois semaines après, le malade commençait à uriner seul. Cependant on le garda à l'hôpital encore deux mois pour voir si une rechute ne surviendrait pas, mais la guérison s'est maintenue.

Obs. X. — *Rétention d'urine causée par une hypertrophie de la prostate, coïncidant avec des hémorrhoïdes. — Sonde à demeure. — Lavements astringents — Guérison.* — Un autre vieillard de soixante ans est entré le 24 septembre 1844 à l'hôpital de Tours pour être traité d'une rétention d'urine existant depuis huit jours. Point de blennorrhagie ni autres maladies antérieures. Depuis quelques mois il urinait moins bien ; l'urine se faisait un peu attendre, surtout quand il avait bu du vin. Enfin, tout à coup, rétention complète d'urine ; le malade est amené à l'hôpital, et l'on constate au moyen de la sonde : 1° qu'il n'y a pas de rétrécissement ; 2° que la portion prostatique du canal est un peu déviée à gauche ; 3° un frottement rugueux est perçu en traversant la prostate, mais il n'y a pas de calculs. Le toucher rectal fait reconnaître un développement anomal de la prostate (hypertrophie), et l'on remarque des hémorrhoïdes au pourtour de l'anus. D'abord on sonde le malade deux fois par jour, et des lavements de décoction de tan sont continués chaque jour pendant trois semaines; puis on met une sonde à demeure seulement pendant huit jours, et le 20 octobre le malade put uriner seul pour la première fois ; ensuite amélioration croissante, et le malade sort guéri le 7 novembre après avoir passé seulement six semaines dans les salles. — Chose vraiment remarquable, chez ce malade, comme chez celui de la précédente observation, les hémorrhoïdes ont disparu en même temps que la rétention d'urine. On pouvait aussi s'assurer par le toucher rectal que la prostate avait diminué de volume d'une manière notable.

Dans ces deux observations y avait-il encore des varices au col vésical, comme dans tous les faits précédents où nous les avons admises sans les voir ? Cela est encore probable quand on voit que la sonde à demeure et les astringents ont suffi pour guérir ces malades de leur rétention d'urine. Car, encore une fois, des altérations organiques du viscère ou de la prostate n'auraient jamais pu guérir si vite (en un mois) par un traitement aussi simple. Et le traitement dans ces sortes de cas, où l'autopsie ne peut être faite pou-

révéler la cause du mal, nous paraît un moyen qui concourt puissamment alors à éclairer le diagnostic de la maladie.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Examen chimique du salsifis et de la scorzonère. De leur emploi dans la thérapeutique.

Le *tragopogon purpureum* et le *tragopogon hispanicum* sont originaires des montagnes du midi de l'Europe. Matthiole prétend que ces plantes furent introduites dans l'alimentation par un esclave maure. L'histoire nous dit aussi que les *tragopogons* rendirent un immense service à César : il en nourrit son armée, cernée par les soldats de Pompée.

Olivier de Serres nous apprend que c'est dans le commencement du seizième siècle que le salsifis et la scorzonère furent cultivés dans nos jardins potagers.

Les vieux Catalans attribuaient au *tragopogon niger* de très-grandes propriétés médicales.

Nicolas Monard nous a laissé sur cette plante un volumineux mémoire, digne du plus grand oubli. Bergius, dans son *Traité de Fehr de Scorsonera*, exalte outre mesure les propriétés curatives de ce végétal ; il le dit cordial, sudorifique, tonique, très-efficace pour combattre le venin des reptiles. Cullen, Bosquillon, Deluze sont plus réservés : ils font mention de la plante sans parler des vertus.

Depuis bien des années notre thérapeutique a rayé de son catalogue l'emploi du salsifis et de la scorzonère comme étant sans action ; il n'en est pas de même en Russie, la racine de *tragopogon* y est fréquemment employée à l'extérieur pour calmer les affections hémorrhoïdales, seulement on y préfère les plantes qui n'ont pas été cultivées. Cette préférence a une cause bien connue ; tous les botanistes savent que le climat, le mode de culture, la nature du sol, modifient la forme physique des végétaux aussi bien que la composition de leurs sucs propres, et l'on sait que le suc des plantes non cultivées est beaucoup plus actif que celui de leurs congénères dont la plante a subi l'influence du travail de la main de l'homme.

Voici comment, dans certaines contrées de la Russie, on emploie la racine de salsifis sauvage : on râpe la plante privée de ses feuilles et de sa tige, de manière à obtenir une pulpe très-fine, qu'on

chauffe au bain-marie avec un poids égal d'axonge ; après deux heures de digestion, on passe le mélange au travers d'une toile serrée en le soumettant à la presse ; le liparolé qui en résulte a une odeur particulière, une couleur jaunâtre : on s'en sert comme de la pommade aux bourgeons de peuplier.

Nous avons examiné comparativement le suc du salsifis cultivé et celui du salsifis sauvage.

Le suc du salsifis cultivé est plus blanc, plus fluide, moins amer que le suc du salsifis sauvage ; ils ont, l'un comme l'autre, les mêmes réactions avec les agents chimiques, mais à des degrés moins tranchés ; le suc du salsifis sauvage s'épaissit promptement au contact de l'air atmosphérique, sa couleur devient jaune-citron ; le même effet a lieu avec le gaz oxygène ; il colore en jaune les éthers et le sulfure de carbone, la portion non dissoute devient insoluble dans l'eau; ce suc nouvellement exprimé se mêle à l'eau froide ou chaude, le précipité qui se forme est soluble dans les huiles essentielles et les huiles fixes, les acides minéraux décomposent ce suc à froid lentement, à chaud très-promptement. Avec l'alcool à 40 degrés et bouillant, on obtient une matière qui a de l'analogie avec le lactucone que M. Lenoir a retiré de la laitue vireuse.

Le moment de la récolte de la racine du salsifis influe sur la quantité de suc qu'on en retire : avant la floraison, le suc est très-abondant, mais moins dense et moins riche en principes propres. Les médecins qui habitent les campagnes et qui sont à même d'y trouver le salsifis sauvage, pourront donc facilement expérimenter ce médicament, et si le résultat est satisfaisant, il auront toujours sous la main un anti-hémorrhoïdal, dont l'usage ne sera ni dangereux ni dispendieux.

Du résultat de nos essais nous concluons que la racine du salsifis sauvage contient : un principe amer, — de l'albumine, — du caoutchouc, — une matière analogue à la glycose, — un acide libre, — de l'extractif, — des sels de chaux, — de la fibre ligneuse. — L'acide libre et le principe amer se trouvent dans une assez grande proportion dans la racine du salsifis sauvage, tandis qu'ils sont peu sensibles dans son congénère cultivé.

Stanislas Martin.

Sirop de cynoglosse composé.

De toutes les préparations d'opium, une des plus employées est sans contredit les pilules de cynoglosse. Nous n'avons pas à discuter

ici les raisons qui ont déterminé ce choix, et nous devons nous borner à faire remarquer qu'il est un certain nombre de malades, les enfants entre autres, auxquels on ne peut prescrire ce médicament, à cause de la difficulté d'avaler les pilules. Cette circonstance a engagé un pharmacien de la Savoie, M. Perret, à modifier le mode de préparation de cette formule, et à transformer les pilules en sirop. Une pensée moins heureuse a été de faire subir à cette formule, consacrée par l'expérience de tous les médecins, une légère modification, en y introduisant l'esprit volatil de succin récemment préconisé par le docteur Dannet; mais rien de plus facile que d'éliminer cet élément nouveau, jusqu'à ce que l'expérimentation clinique en ait démontré la valeur.

Voici le mode de préparation recommandé par M. Perret.

Pr. Racine de cynoglosse.............	30 grammes.
Eau..................................	600 grammes.

Pour obtenir 500 grammes de colature; laissez refroidir et ajoutez :

Extrait de jusquiame....................	1gr,60
— valériane..........................	1 20
— opium..............................	80
Teinture de myrrhe......................	4
— safran.............................	4
— castoréum..........................	8

Les extraits étant parfaitement dissous, on filtre et l'on fait fondre au bain-marie

Sucre..................................	1 kilogr.

Lorsque le sucre est prêt à mettre en bouteille, l'on y ajoute :

Esprit volatil de succin....................	2gr,15

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la paralysie du voile du palais consécutive aux angines bénignes.

M. le docteur Colin, dans un mémoire publié en 1860, sur la paralysie suite de diphthérite, dit « qu'en admettant au plus haut degré la spécialité d'évolution de la paralysie diphthéritique généralisée, et en la distinguant de toutes les formes névropathiques dues à d'autres affections, il en récuse cependant, dans sa manifestation primordiale, la spécificité de cause, plaçant la para-

lysie du voile du palais beaucoup plus sous l'influence des lésions locales de la région tonsillo-palatine que sous celle de l'intoxication diphthéritique. » M. Colin ajoute : « Ce qui nous paraît justifier notre tendance à une hypothèse autre que celle de l'intoxication, c'est que, dans l'immense majorité des cas, la paralysie du voile prend naissance là précisément où s'est développée la fausse membrane, où ont été portés les caustiques ; singulière coïncidence de siége que cette manifestation successive sur la même région de deux phénomènes si distincts, si l'on veut surtout établir leur filiation par l'intermédiaire d'une intoxication générale ! Nous croyons qu'on a trop vite renoncé à l'explication de la paralysie du voile par les modifications de tissu résultant de l'angine elle-même, quelquefois peut-être de son traitement.

Dans une communication faite sur le même sujet à la Gazette des hôpitaux (1863, p. 402), M. Colin ajoutait en note : « J'incline fort à croire qu'en maintes circonstances, l'angine pultacée a donné lieu à une paralysie consécutive, grâce aux cautérisations employées, autrement dit, à l'exagération artificielle des désordres locaux. »

Trois faits, soumis à notre observation presque à la même époque, nous permettent d'affirmer ce que M. Colin n'avait fait que supposer; nous allons les rapporter succinctement.

Obs. I. Le 23 novembre 1862, nous sommes consulté par Joséphine Talhoise, âgée de vingt-deux ans. Depuis trois semaines, cette jeune personne a la déglutition très-gênée; les boissons reviennent en partie par le nez. Elle a remarqué que, depuis la même époque, elle ne pouvait plus souffler son feu et que sa voix était nasonnée.

Un mois avant l'apparition de ces phénomènes, Joséphine Talhoise avait eu une amygdalite gauche ; un petit abcès s'était formé dans l'amygdale ; M. le docteur Bucquet (de Laval), appelé, l'avait ouvert. Les jours suivants, une sœur d'Évron, consultée, pratiqua sur la région tonsillo-palatine gauche six à sept cautérisations successives avec le crayon de nitrate d'argent.

Depuis près de quinze jours, Joséphine Talhoise ne s'inquiétait plus de ce petit malaise, lorsque survinrent les accidents pour lesquels elle vient nous consulter.

A l'examen de la gorge, voici ce que nous constatons : la muqueuse qui recouvre les piliers du voile du palais, surtout le postérieur, a perdu son poli ; sa teinte est violacée. A chaque nausée que cause un examen prolongé, le pilier postérieur gauche du voile

reste large, lâche, flaccide; le pilier postérieur droit, au contraire, se tend convulsivement et prend la forme cylindrique. En même temps, la base de la luette se porte en haut et à droite; son sommet se relève et tourne vers la même direction. Un stylet boutonné, porté sur le pilier postérieur gauche, est à peine senti et ne provoque aucune contraction; le contraire arrive pour le pilier droit.

La voix est nasonnée, sifflante, au point que nous avons peine à comprendre la malade, et qu'à son arrivée, nous aurions juré trouver une perforation palatine. Nous invitons cette jeune fille à boire devant nous : à peine a-t-elle pris une gorgée, que nous voyons le liquide revenir goutte à goutte par sa narine gauche surtout.

Nous rassurons Joséphine Talhoise sur les suites de cette affection; deux mois après, tous ces phénomènes étaient disparus.

Obs. II. Le 30 novembre suivant, nous sommes appelé près de Mme Benoist. âgée de trente-cinq ans, bien constituée. Depuis quelques jours, cette dame était retenue chez elle par un mal de gorge. La sœur d'Evron, dont il a été déjà question, avait encore été appelée, et deux jours de suite le crayon caustique avait été appliqué.

A l'examen, la gorge de la malade présentait la rougeur et l'injection de l'angine érythémateuse la plus ordinaire: seulement, sur le pilier postérieur gauche du voile du palais, on apercevait une petite escarre noirâtre à demi détachée; enlevée au moyen d'une pince, cette escarre nous fit voir une ulcération d'un rouge vif, qui aurait pu contenir une lentille. Le tissu cellulaire voisin s'était enflammé sympathiquement et il en était résulté une contracture très-douloureuse du sterno-cléido-mastoïdien du même côté.

Nous prescrivîmes douze sangsues, les émollients, une diète relative et le repos.

Trois ou quatre jours après, Mme Benoist reprenait ses occupations ordinaires. Nous ne pensions pas la revoir, lorsque, le 14 décembre suivant, elle revint nous consulter.

Moins l'altération de la muqueuse observée chez Joséphine Talhoise, Mme Benoist présenta absolument les mêmes symptômes, et ils eurent la même terminaison; je crois donc inutile de les répéter ici.

Obs. III. Le 16 novembre 1862, nous fûmes appelé près d'un petit garçon de cinq ans, Edouard Famelin, souffrant de la gorge depuis près de quinze jours; depuis huit, il refusait de prendre des aliments solides; un engorgement parotidien était survenu.

L'examen de la gorge fut très-difficile, à cause de la résistance

énergique que cet enfant vigoureux y mettait; néanmoins, nous aperçûmes une rougeur assez vive de l'arrière-gorge, et sur le pilier antérieur gauche une plaque de matières pultacées, de la dimension d'une pièce de 1 franc. L'enfant avait beaucoup de fièvre; du nez suintait un liquide séro-purulent; vu, en outre, l'engorgement ganglionnaire et la malignité de certaines angines pultacées, malignité que la lecture des auteurs et notre propre expérience nous ont démontrée, nous nous décidâmes à pratiquer des cautérisations. Malgré la difficulté que présentait cette opération (il fallut maintenir un coin de bois entre les dents de l'enfant), quatre cautérisations à l'acide chlorhydrique, pur d'abord et ensuite mêlé à deux tiers de miel rosat, furent faites dans les quatre jours qui suivirent; le coton cardé, des gargarismes au chlorate de potasse, la diète lactée furent prescrits, et dès le 22, un mieux manifeste étant survenu et la famille se trouvant suffisamment rassurée sur l'issue de la maladie, je cessai de voir l'enfant, dont rien d'ailleurs ne vint troubler la convalescence.

Le 18 décembre suivant, sa mère me l'amena; depuis quelques jours, le petit Edouard parlait du nez, rendait ses boissons par le nez, ne pouvait gonfler ses joues et avalait difficilement. Edifié sur la bonne volonté du petit malade, je me bornai à un examen superficiel; néanmoins, je pus constater que la luette, comme dans les cas précédents, se portait en haut et à droite et que son sommet se relevait, se tournant du même côté à chaque effort de vomissement. Rassuré sur mes intentions, Edouard Famelin consentit à goûter de l'eau rougie sucrée et aussitôt nous pûmes en observer l'écoulement par les narines, la gauche principalement.

Ces faits nous autorisent donc à ajouter, aux conclusions formulées par M. le docteur Colin, celles-ci :

1° Les angines érythémateuses, pultacées, traitées par des caustiques énergiques, sont suivies, tout aussi bien que l'angine couenneuse, de paralysie du voile du palais, limitée au côté affecté;

2° La paralysie du voile du palais, consécutive aux angines couenneuses, n'est nullement spécifique de sa nature : elle est due au traitement.

L. de Lucé, D. M.
à Martigné (Mayenne).

Du traitement des fistules consécutives à la taille chez les enfants.

Après la taille périnéale, il reste quelquefois une fistule; elle peut être vésico-rectale, ou vésico-périnéale. Les premières vien-

uent de ce que le rectum a été blessé au moment de l'opération. Les urines s'écoulent par le rectum et quelquefois les matières fécales passent de l'intestin dans la vessie et par le canal de l'urètre. Sur les trois cas de ce genre que nous avons été à même d'observer, deux ont guéri par les seuls efforts de la nature; le dernier a résisté à tous les moyens que nous avons mis en usage : sonde à demeure, cautérisations avec le nitrate d'argent, puis avec le cautère actuel, aidé de l'emploi des bains gélatineux salés, et même sulfureux. L'enfant porte encore sa fistule ; les urines coulent involontairement, et quelquefois elles contiennent des matières fécales.

Nous avons observé les *fistules périnéales* chez des enfants qui avaient subi la taille latéralisée depuis longtemps, plusieurs mois et même plusieurs années. Nous les avons traitées par des cautérisations avec le nitrate d'argent, mais nous n'avons jamais rien obtenu par ce moyen, parce que nous ne pouvions agir sur tout le trajet de la fistule.

Nous avons essayé successivement l'emploi d'un séton filiforme introduit par la fistule et traversant l'urètre. Plus tard, nous avons cautérisé tout le trajet de la fistule avec un stylet rougi à blanc. Pour pratiquer ces deux opérations, nous avons été obligé de faire fabriquer une sonde métallique ayant son œil sur la convexité au niveau de la courbure, puis un stylet creux pouvant entrer par l'œil de la sonde et servir de conducteur. Dans ce tube peut passer facilement et entrer dans la sonde un long stylet aiguillé qui entraîne un double fil de soie. A l'aide de cet appareil, on introduit la sonde de manière que l'œil se trouve en rapport avec l'orifice interne de la fistule, on porte dans la fistule le conducteur creux qui s'engage dans l'œil, et on passe le stylet qui conduit le séton ; on termine en nouant ses deux extrémités après avoir retiré les instruments. On laisse le corps étranger trois à quatre jours ; lorsqu'il a irrité le trajet de la fistule, on le retire et la cicatrisation peut s'opérer.

Ce qui nous a le mieux réussi, c'est la cautérisation au fer rouge de tout le trajet de la fistule. Pour pratiquer cette cautérisation, nous nous servons encore de la sonde que nous venons d'indiquer; lorsqu'elle est introduite, l'œil de la sonde en rapport avec l'orifice interne de la fistule, nous prenons un stylet d'acier, nous le passons d'abord de manière à arriver par la fistule dans l'œil de la sonde qui nous empêche d'aller plus loin. Nous chloroformons le petit malade et nous introduisons rapidement un stylet rougi à blanc dans la fistule jusqu'au point d'arrêt ; de cette manière, nous ne dépassons pas le trajet fistuleux; nous ne craignons pas que le stylet

aille toucher la paroi supérieure de l'urètre. Cette cautérisation est un moyen plus certain que le séton. Pour lui venir en aide, on peut mettre au malade une sonde de gomme élastique à demeure, et nous avons vu le trajet fistuleux se cicatriser après quatre ou cinq jours de ce traitement. Les sondes nouvelles en caoutchouc vulcanisé de M. Galante seront très-utiles dans ces cas, car elles ne fatiguent pas la vessie et ne s'altèrent pas.

Si on avait à traiter un enfant raisonnable, qui avertisse chaque fois qu'il a envie d'uriner, on pourrait le sonder avec une sonde en caoutchouc vulcanisé; de cette manière on craindrait moins encore de fatiguer la vessie par la présence de la sonde à demeure; mais, pour agir ainsi, il faudrait encore que le petit malade eût près de lui quelqu'un qui pût le sonder facilement, ou qu'il fût assez grand pour se pratiquer lui même cette petite opération. Cela peut se rencontrer chez des enfants de douze ans.

P. Guersant,
Chirurgien des hôpitaux.

Observation du broiement de la pierre combiné avec l'opération de la taille.

Dans le dernier volume de votre estimable journal (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXV, p. 159 et 199), vous avez inséré un mémoire de M. le professeur Alquié, de Montpellier, sur la combinaison du broiement de la pierre et de la taille. Voici une observation également de la taille combinée avec le broiement de la pierre, qui a singulièrement facilité l'extraction d'un calcul volumineux ; si vous la jugez digne de l'intérêt de nos confrères, veuillez lui accorder l'hospitalité.

Au mois d'août 1856, je fus appelé par la femme Naudin, du moulin de la Vacherie, commune de Distré, près Saumur, pour visiter son fils atteint d'une fièvre typhoïde grave ; quand ma consultation fut donnée, elle me dit qu'elle était atteinte de la pierre et qu'elle ne pouvait uriner qu'en repoussant le corps étranger avec une sonde qu'elle possédait. Je lui demandai à l'examiner et à la sonder; je sentis en effet une pierre assez volumineuse, située à la partie droite de la vessie et couvrant complétement le col de cet organe, de sorte que lorsque cette malade voulait uriner, elle ne pouvait le faire qu'en repoussant ce calcul avec la sonde qu'elle portait toujours sur elle.

Je lui proposai l'opération, qu'elle rejeta tout d'abord, en me disant qu'un officier de santé de son voisinage l'avait visitée et lui

avait dit qu'elle était incurable. Je parvins à lui persuader le contraire, et lorsque son fils fut guéri, je la décidai à se laisser opérer.

Lorsque je vis cette femme pour la première fois, elle me raconta qu'elle souffrait horriblement depuis trois ans ; elle n'avait de repos ni le jour ni la nuit ; perte d'appétit complète ; un écoulement catarrhal avait lieu par l'urètre ; cet écoulement, qui était abondant, les douleurs incessantes qui existaient dans la vessie, l'insomnie avaient mis la femme Naudin dans un état de maigreur effrayant, voisin du marasme.

Le 19 août 1856, première séance de lithotritie ; mon frère, M. le docteur Bouchard, de Doué, étant à sa campagne, située près de la Vacherie, m'assista dans cette opération. J'amenai plusieurs fragments de pierre, gros comme un haricot rouge, les mors du lithotriteur en étaient remplis ; trois fois de suite cet instrument fut introduit sans difficulté ; plusieurs injections d'eau tiède furent faites dans la vessie et entraînèrent des détritus du calcul ; après plusieurs séances non infructueuses, puisqu'à chaque fois que le lithotriteur fut introduit, je retirai des fragments de pierre gros comme le bout du petit doigt, la malade fatiguée fut laissée en repos. Huit jours après, nouvelle séance de lithotritie, qui eut le même résultat que la première, c'est-à-dire extraction de plusieurs fragments de pierre ; huit jours après encore, troisième séance de lithotritie, suivie toujours de la sortie de quelques morceaux de pierre et de sable en assez grande quantité, qui sortaient avec l'injection.

Cette fois le mari de la femme Naudin me dit : « Monsieur le docteur, ma femme est fatiguée des tentatives réitérées que vous faites inutilement, et si vous n'avez pas d'autres moyens de la guérir, elle est décidée à rester ainsi et à ne plus rien faire. » Je lui répondis : « Mon cher ami, je suis bien décidé à l'opérer aujourd'hui même. »

Le 10 septembre, je pratiquai la taille, en incisant en haut le canal de l'urètre, une sonde cannelée ayant été introduite préalablement ; après cela, j'introduisis mon doigt indicateur dans la vessie et je reconnus que la pierre était retenue dans une enveloppe membraneuse, enfin qu'elle était enkystée, ce qui fait que le lithotriteur ne pouvait saisir et broyer que la portion sortie de ce kyste. Avec l'ongle de mon doigt, je déchirai la muqueuse qui retenait cette pierre enchatonnée, et de suite elle tomba au bas fond de la vessie ; alors j'introduisis une tenette, je saisis la pierre et la retirai en plusieurs fragments ; puis des injections d'eau tiède fu-

rent faites de nouveau. Un de ces fragments était gros comme un œuf de pigeon, elle était composée en partie d'oxalate de chaux.

Aucune inflammation n'est survenue, et à partir du jour où l'opération de la taille a été faite, la femme Naudin est allée de mieux en mieux : son appétit est revenu ; l'insomnie, ainsi que les douleurs vésicales, ont cessé ; le catarrhe de la vessie n'a pas reparu ; les forces sont venues peu à peu, seulement une incontinence d'urine a persisté pendant un an. Aujourd'hui, octobre 1863, sept ans après l'opération, la femme Naudin est parfaitement guérie, ne ressent rien dans la vessie et a pris un embonpoint assez considérable.

Voici les réflexions que me suggère cette observation.

Les trois séances de lithotritie ont diminué d'un grand tiers le volume de la pierre ; je n'ai pu la mesurer, ni la peser, puisqu'à chaque séance j'ai retiré plusieurs fragments et beaucoup de sable ; étant tous réunis, ils pourraient bien être gros comme un œuf de poule.

On voit que la lithotritie a diminué de beaucoup le volume de la pierre et a rendu son extraction plus facile ; si j'eusse commencé par la taille, il eût fallu faire au col de l'urètre une incision plus grande, ou bien en introduisant les tenettes avec force et tirant en différents sens pour extraire ce calcul, j'eusse dilacéré le canal, et l'incontinence d'urine eût duré plus longtemps, si elle ne fût pas restée toute la vie.

Dans ce cas, la lithotritie pratiquée avant la taille a été d'un grand avantage. Je me range donc de l'avis de M. le professeur Alquié, et je répète avec lui : presque toujours le chirurgien se trouvera bien de l'association de la lithotritie et de la taille.

Docteur Bouchard,
Chirurgien en chef des hospices de Saumur.

BIBLIOGRAPHIE.

***Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, leçons cliniques et considérations générales*, par M. J.-P. Falret, médecin de l'hospice de la Salpêtrière (première section des aliénés), membre de l'Académie impériale de médecine et de la Légion d'honneur, avec un plan de l'asile d'Illenau.**

A en juger par le nombre des ouvrages qui, depuis Pinel et Esquirol, ont paru sur les maladies mentales, et par la valeur scientifique des hommes mêmes qui se sont appliqués à l'étude de cette

branche de la pathologie, il semblerait que l'histoire de ces affections eut dû, depuis longtemps déjà, être arrivée à un degré de précision qu'est bien loin d'avoir atteint la science des maladies dans l'ensemble des détails infinis qu'elle embrasse. Il n'en est cependant pas ainsi; les incertitudes qui planent sur une foule de questions fondamentales qui se posent à propos de la plupart des maladies exclusivement somatiques, on les retrouve en pathologie mentale, et quelquefois compliquées de problèmes ou insolubles, ou dont on ne prévoit pas même la solution comme contingence possible du développement de l'esprit humain.

Dans une savante introduction qui précède l'ouvrage dont nous allons parler, M. Falret fait toucher du doigt les difficultés qui entourent la science spéciale dont il est un des organes les plus autorisés, en faisant l'histoire même de ses propres variations, si l'on veut bien nous permettre ce mot. Plusieurs pourront relever dans ces confidences l'expression peu voilée d'une orgueilleuse personnalité. Pour nous, nous croyons mieux comprendre notre savant confrère en ne voyant dans cette confession des incertitudes d'un esprit laborieux, qui, pendant de longues années, cherche sa voie, que l'expression non équivoque d'une réelle modestie et d'une honnête humilité. Pendant de longues années, M. Falret resta convaincu que toute la science des maladies mentales sortirait un jour des lésions anatomiques. Cette erreur, tout le monde, à un certain moment, la partagea, quel que fût l'ordre d'études pathologiques auquel on s'appliquât. Plus tard, entraîné par une grande école allemande, qui compte aujourd'hui encore d'illustres représentants, le médecin de la Salpêtrière crut que la psychologie pouvait devenir, entre des mains d'hommes habiles et sagaces, un instrument, une méthode d'étude, qui devait triompher de toutes les difficultés de la psychiâtrie, et illuminer des plus vives clartés les parties les plus obscures de cette science ardue. Il n'est pas enfin jusqu'à la statistique dont, à un moment de sa vie scientifique, il n'eût fait volontiers comme un *novum organum* qui devait transformer toute l'économie si indigeste des maladies mentales, et faire jaillir du chaos d'observations, jusque-là vainement accumulées, des flots de lumière imprévus. Mais à mesure que M. Falret a pénétré plus avant dans l'étude des maladies mentales, à mesure que plus de faits précis se sont déroulés sous ses yeux plus attentifs, tous ces beaux rêves, hélas ! se sont évanouis, et anatomie pathologique, et psychologie, et statistique, à les employer seules ou combinées, n'ont donné le dernier mot de rien.

En présence de cet aveu honnête des défaillances de méthodes ou de points de vue qui nous montraient de loin à tous la terre promise de la vérité, et qui, en dehors de quelques faits généraux d'une grande valeur, nous ont apporté tant de déceptions, nous avons été curieux de connaître où en est l'esprit d'un des hommes qui ont le plus vu et le mieux vu en ces matières, sur quelques-unes des principales questions de la médecine mentale. Et d'abord, si la folie n'est ni un simple trouble des facultés morales, ni le résultat d'un pur traumatisme, de l'ordre de ceux que nous montre le scalpel dans la masse encéphalique ou les membranes qui les enveloppent, qu'est-elle donc pour notre savant médecin de la Salpêtrière? Quand M. Falret, qui ne recule pas devant cette question, essaye de la résoudre, l'obscurité même qui entoure un sujet si difficile, ôte au style de l'auteur sa clarté ordinaire et ne laisse guère qu'entrevoir sa pensée. Plutôt que de nous exposer à fausser le sentiment de notre distingué confrère sur ce problème délicat, nous préférons le laisser parler lui-même; écoutons-le donc un instant. « Selon nous, dit M. Falret, la modification organique primitive, inconnue dans son essence, mais saisissable dans ses effets, véritable cause des maladies mentales, donne lieu d'abord à ce que nous nommons l'aptitude à délirer. Mais le délire, ainsi produit dans son ensemble, se développe ensuite d'après des lois qui lui sont propres, qu'on ne peut prévoir *à priori*, et qui sont dues à ce travail de la fonction sur elle-même dont nous parlions tout à l'heure. Nous différons donc des médecins purement psychologues, en ce sens que nous admettons une modification organique quelconque comme base fondamentale de toutes les folies ; mais nous différons encore plus peut-être des médecins somatistes, puisque, dans notre manière de voir, cette lésion organique primitive, appréciable ou non, ne rend compte que de la disposition générale à délirer, et non de la variété infinie des délires, de la diversité de leurs formes, de leurs nuances si nombreuses et si délicates, en un mot de tout ce qui constitue le travail de la fonction sur elle-même pour la production du délire par le délire. » Il nous faudrait de longues pages pour dire à notre tour comment nous comprenons la pensée de l'auteur, mais nous craindrions de nous perdre nous-même dans le nuage où il semble s'envoler d'une aile si sûre : je vois mal à cette hauteur; un poëte allemand a fait un dieu du vertige ; il nous faudrait tout d'abord demander secours à ce dieu-là. Du reste, comme nous n'avons pas à faire ici la lumière dans ces questions ténébreuses, comme disaient les romantiques d'autrefois, mais seulement à indiquer où est la lumière, nous nous

contenterons de cette citation, laissant les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, que ces problèmes pourraient intéresser, sous l'impression du court passage que nous venons de citer, et qu'ils pourront compléter en lisant l'ouvrage lui-même.

Quoi qu'il en soit de cette manière de considérer la folie dans la lésion primitive, inconnue dans son essence, qui la contient virtuellement comme le germe renferme la plante qui doit plus tard en sortir, cette conception a, dans la pensée de M. Falret, une très-haute portée sur la pratique de l'aliénation mentale, car elle a pour conséquence logique nécessaire la supériorité du traitement moral sur le traitement somatique proprement dit. Cette conséquence, le médecin de la Salpêtrière la tire formellement de ses prémisses. Nous pensons, comme l'auteur, que, dans l'état de la science, le traitement moral doit avoir, dans beaucoup de formes de la folie, la prééminence sur le traitement somatique : mais nous ne répondrions pas qu'il doive en être toujours ainsi, même en acceptant la pathogénie de M. Falret, telle qu'il vient de l'esquisser. Oui, il y a une lésion primitive, bien qu'inconnue, qui est le point de départ de la folie; mais le microscope n'a point encore été appliqué sérieusement à la recherche de cette lésion. Si quelque jour, cet instrument nous informait des choses, comme il l'a fait en grande partie pour la lésion primitive de l'ataxie locomotrice progressive, par exemple, est-ce que la médecine somatique ne pourrait pas, soit empiriquement, soit en suivant la voie de l'analogie, tenter de combattre utilement cette lésion? Nous ne faisons que poser cette question, mais nous la posons hardiment, parce que, ami du progrès, nous faisons généreusement crédit à l'avenir.

M. Falret, dans ce livre, touche à toutes les questions qui ont trait à l'aliénation mentale, mais il le fait sans s'astreindre à une méthode rigoureuse; nous l'imitons. Parmi ces questions, il en est encore une qui domine par son importance toutes les autres, c'est celle qui est relative au classement des diverses formes de l'aliénation. C'est là, en effet, une question qui importe autant à l'étude méthodique des maladies mentales qu'à leur traitement. L'auteur, tout en se faisant honneur d'être l'élève de Pinel et d'Esquirol, et tout en reconnaissant que ces deux illustres médecins ont plus servi à eux seuls la science de l'aliénation que tous leurs successeurs réunis peut-être, ne fait pas de leur école une sorte d'église orthodoxe hors de laquelle il n'y a point de salut : c'est ainsi qu'il admet que leur classification est toute à refaire; mais il admet en même temps qu'elle n'a pas encore été refaite. Dans cette critique indépendante

des hommes et des choses, nous avons vu avec plaisir que l'auteur rend justice aux efforts d'un de nos aliénistes les plus distingués, M. Morel (de Rouen), pour fonder la classification des maladies mentales sur une base plus solide que les simples formes pathologiques. Il n'accepte pas toutefois cette classification dans son ensemble, parce qu'elle se heurte, dans quelques cas, à des difficultés que son principe ne saurait résoudre : il se contente de reconnaître que ce principe donne quelques types d'aliénation nettement définis, la folie par intoxication, la folie épileptique, la folie hystérique peut-être.

Il y a bien d'autres questions traitées magistralement dans l'ouvrage que vient de publier M. Falret, car cet ouvrage est comme le résumé de la vie scientifique du savant médecin de la Salpêtrière : tout son enseignement y est, soit qu'il s'agisse de la symptomatologie générale des maladies mentales, soit qu'il s'agisse du traitement général des aliénés. On y trouve également un grand nombre de mémoires où les idées originales de l'auteur sur la folie circulaire, sur la non-existence de la monomanie, sur l'influence de la civilisation relativement à l'accroissement du nombre des aliénés, sont développées. Là partout, les enseignements de l'immense expérience du savant médecin de la Salpêtrière sont dispensés *largâ manu*. En somme, il y a longtemps que le nom de M. Falret est connu, et honorablement connu, dans la science : presque tous les travaux qu'il réédite aujourd'hui ont déjà vu le jour, mais ils ne peuvent que gagner à être ainsi colligés ; la pensée de l'auteur s'y montre dans son ensemble et met en plus vive lumière la part légitime qui lui revient dans le progrès de la science contemporaine. L'introduction étendue qui précède l'ouvrage, et dont nous nous sommes occupé surtout ici, parce qu'elle est un écho plus récent des idées d'un de nos principaux psychiâtres, redonne une sorte d'actualité à des travaux déjà anciens, en les replaçant sous le jour d'un esprit essentiellement progressif, et qui ne croit pas qu'il y ait à se vanter de dormir dans l'ornière.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Tympanite intestinale considérable, datant de près de quinze ans, rapidement guérie par l'administration journalière de l'eau-de-vie allemande. — Considérée dans les conditions habituelles de son développement et dans les limites ordinaires du degré qu'elle

peut atteindre, la pneumatose intestinale est loin d'être chose rare : il n'est guère de troubles des voies digestives se rattachant à une affection chronique organique, ou simplement chronique, qu'elle n'accompagne ; alors elle n'apparaît, en quelque sorte, qu'au second plan dans le groupe symptomatique, et n'acquiert même que très-rarement l'importance d'une complication. Mais il se peut que, du rang secondaire et pour ainsi dire inférieur d'épiphénomène, la tympanite intestinale s'élève à celui de symptôme essentiel et tellement prédominant qu'il constitue cliniquement la maladie, et qu'il devienne l'objet principal des préoccupations du thérapeutiste. Il importe d'autant plus d'être prévenu de l'existence de cas semblables, fût-elle exceptionnelle, qu'ils peuvent créer de sérieux embarras à la pratique, tant au point de vue du pronostic que du traitement rationnel à instituer. A cet égard, le fait suivant, dont la relation est due à M. Vast, interne des hôpitaux, paraît offrir un véritable intérêt.

Obs. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, le nommé Th..., fleuriste, entré à l'Hôtel-Dieu, le 29 mars 1864, salle Saint-Louis, n° 2, service de M. le docteur Vigla. Ce qui frappe d'abord, chez ce malade, c'est son état de maigreur extrême, que fait davantage ressortir l'énorme distension de son ventre. Cette distension qui attire, à son tour, et immédiatement après, l'attention, est telle, que l'appendice xiphoïde du sternum, relevé et projeté en avant, est devenu presque horizontal, et qu'il est impossible au malade de se mettre et de se tenir sur son séant. En conséquence, il garde forcément le décubitus dorsal. — Il y a surtout deux ans que l'abdomen a pris le volume qu'il présente aujourd'hui ; mais le malade fait remonter à une époque bien plus éloignée le début des troubles digestifs qui paraissent avoir été le point de départ de la maladie actuelle. Il y aurait, à l'en croire, une quinzaine d'années (il avait alors huit à neuf ans) qu'à la suite d'une frayeur, il aurait contracté l'habitude de retenir aussi longtemps que possible ses matières fécales. Il s'ensuivit, peu à peu, une constipation habituelle, de plus en plus tenace et rebelle, au point que, au dire du malade, il n'avait de garde-robes que tous les deux ou trois mois, mais il éprouvait alors une débâcle considérable. Il est certain qu'il existe chez lui une constipation opiniâtre et ancienne, et qu'elle amène une habituelle distension gazeuse des intestins et des parois abdominales, ayant acquis le degré extrême que nous venons de dire. Ajoutons, d'ailleurs, que la percussion du ventre donne lieu à la sonorité éclatante que l'on rencontre habituellement dans ces con-

ditions, dans toute son étendue, et que les viscères intra-abdominaux sont inaccessibles à toute espèce d'exploration. Malgré sa pâleur, son amaigrissement excessif, et l'aspect véritablement cachectique qu'il présente, le malade, examiné avec le plus grand soin, paraît exempt de toute affection chronique organique. On ne rencontre pas chez lui, notamment, les signes appréciables de tuberculisation pulmonaire : il tousse à peine, n'a jamais craché de sang, et l'examen de la poitrine ne décèle aucun phénomène anomal. Malgré l'excessive distension du ventre, il n'y a même presque pas de dypsnée. Enfin il n'existe pas de vomissements.

Quelle que fût la cause de la tympanite, — et il y avait tout lieu de la rattacher à un arrêt des matières fécales dû à un obstacle mécanique quelconque, — l'indication première et urgente était de chercher à rétablir le cours de ces matières. Dans cette intention le malade fut soumis, dès le lendemain de son entrée, à l'usage de l'eau-de-vie allemande, à la dose de 20 grammes par jour.

Le médicament est très-bien supporté, et dès le troisième jour de son administration les selles étaient rétablies, une détente notable s'était déjà produite dans la distension de l'abdomen ; la dépression de sa paroi rendait la palpation profonde des organes suffisamment praticable pour permettre de constater qu'il n'existait pas de tumeur, au moins d'un certain volume.

Le 7 avril. La diminution du volume du ventre fait de rapides progrès : celui-ci présente à la vue des alternatives de dépression et de saillies mobiles, variant instantanément sous l'influence de la migration des gaz dans la cavité de l'intestin. — L'eau-de-vie allemande est continuée à la même dose.

Le 20 avril. Le ventre s'affaisse de plus en plus ; il est ceint d'un bandage de corps qui, grâce à la diminution progressive, peut être serré davantage chaque jour.

Le 29. L'abdomen est complétement revenu à son volume normal ; il est souple, dépressible ; les fonctions intestinales sont rétablies ; le malade reprend de l'embonpoint. On supprime l'eau-de-vie allemande, et on donne : bains sulfureux ; teinture de noix vomique. — Il sort le 5 mai de l'hôpital, complétement guéri.

Ce fait est un nouvel exemple de la *solution diagnostique* par le résultat du traitement. Il est évident que, dans ce cas, la tympanite n'était point sous la dépendance d'une altération organique intrinsèque ou extrinsèque : même en ne tenant pas compte de tout ce qu'il peut y avoir d'exagéré dans le récit du malade, il est permis d'attribuer la production gazeuse et la distension consécutive des

intestins et de l'abdomen à la rétention prolongée des matières fécales primitivement provoquée par une influence volontaire, et transformée ensuite en habitude morbide. Quoi qu'il en soit, de ce fait il ressort un enseignement que la pratique doit retenir, c'est qu'il est indiqué de chercher à rétablir le cours des matières à l'aide d'un évacuant énergique, suffisamment continué, et que ce but peut être très-bien réalisé par l'eau-de-vie allemande.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la rage par l'électricité. Il y a quelques mois, dans un compte rendu des travaux de la commission permanente instituée près le grand hôpital de Milan pour l'étude de la rage, M. le docteur Jaccoud, regardant comme définitivement jugé le traitement de cette maladie par les moyens pharmaceutiques, proposait d'y renoncer, pour soumettre à une expérimentation sérieuse un modificateur bien autrement puissant, l'électricité, mais appliquée suivant la méthode qui en assure de la manière la plus rapide et la plus complète l'action perturbatrice sur le système nerveux, c'est-à-dire le courant constant. La justification de cette tentative thérapeutique se basait, pour l'auteur, sur cette donnée physiologique, que les symptômes rabiques, quelle que soit la nature du virus, quel que soit le mécanisme pathogénique des accidents qu'il détermine, révèlent un trouble fonctionnel de la moelle allongée et des nerfs vagues.

Au moment où M. Jaccoud faisait cette proposition, il était loin de soupçonner, ainsi qu'il le dit lui-même dans un nouvel article, que ce moyen de traitement venait d'être tenté au fond de la Galicie. Or, quoique le succès n'ait pas répondu aux espérances qu'on avait pu concevoir momentanément, on verra, par l'exposé qui va suivre, qu'il n'est pas sans intérêt d'enregistrer les résultats de cette tentative et d'en garder note.

Dans la nuit du 14 au 15 décembre 1865, un loup furieux parcourut quatre villages de la Galicie et mordit vingt-deux personnes. Une seule resta dans son domicile; les autres furent transportées à l'hôpital général de Lemberg et placées, suivant la gravité de leurs blessures, les unes dans les services de médecine, les autres dans ceux de chirurgie. De ces dernières, au nombre de huit, trois, à la date du 15 janvier dernier, avaient déjà succombé, une était dans une situation désespérée.

Des malades qui sont morts, deux ont été traités par la faradisation.

L'un d'eux fut pris de rage le 1er janvier, après quinze jours d incubation : des accès convulsifs violents exaspérés par la vue de l'eau, une impressionnabilité extrême à la lumière, au contact et au moindre courant d'air, ne laissaient pas de doute sur l'invasion de la maladie. En même temps, pouls petit, fréquent (120), irrégulier; respiration accélérée et pénible; température légèrement abaissée; sueur froide et visqueuse aux extrémités. Le patient se plaignait d'une suffocation très-pénible et de sensations douloureuses dont il ne pouvait préciser le siége. C'est alors que le professeur Finger ordonna la faradisation. Elle fut exécutée à cinq heures du soir, au moyen d'une batterie de Grove de deux éléments, par le docteur Essroger qui, plaçant le pôle négatif sur les membres inférieurs, pratiqua avec le pôle positif la faradisation des parties latérales de la colonne vertébrale, à deux reprises différentes, pendant dix minutes, avec un repos égal. Le malade, maintenu par quatre aides vigoureux, réagit d'abord violemment; puis il se calma peu à peu et déclara qu'il ressentait une amélioration sensible. Le pouls, plus grand, plus plein, était tombé à 80, la respiration était devenue plus tranquille, la température s'était élevée. On apporta de l'eau : le malade saisit lui-même le vase avec vivacité, mais, en le portant à ses lè-

vres, il fut pris de tremblement et d'un véritable mouvement convulsif; il se remit toutefois et put avec peine avaler un peu de liquide; peu après il redemanda de l'eau et but sans difficulté. L'épuisement causé par l'électrisation était tel, qu'on crut prudent de n'y pas insister pour le moment. Mais on avait réellement obtenu une rémission surprenante. Le patient se félicitait de sa situation, respirait librement, buvait par petites quantités l'eau qui lui était offerte; le pouls était tout à fait régulier, l'horreur de la lumière avait disparu. Mais à neuf heures du soir, retour de l'agitation, des convulsions, de tous les symptômes un moment contenus. A dix heures, on recourt de nouveau à l'électricité, malgré la résistance violente du malade qu'il fallut attacher à son lit : mais le résultat est à peu près nul, un peu plus de tranquillité fut le seul effet d'une faradisation qui fut interrompue au bout de cinquante minutes, à cause de l'abattement croissant qu'elle déterminait. Le lendemain, répétition de l'opération matin et soir sans résultat appréciable ; le jour suivant, on ne crut pas devoir revenir à l'électricité, parce que le pouls faiblissait de plus en plus, et le patient succomba le 4 janvier. L'autopsie n'a fourni aucun renseignement nouveau.

L'autre malade était une jeune fille de vingt ans, qui fut atteinte des premiers symptômes de la rage le 3 janvier. Pendant douze heures consécutives, elle fut soumise, toutes les demi-heures, à la galvanisation pratiquée avec un élément de Grove. Les effets furent semblables à ceux observés dans le cas précédent : l'hydrophobie disparut, au point que la malade put boire sans difficulté à plusieurs reprises ; elle mangea même quelques pommes avec appétit; malheureusement, le traitement par l'électricité fut laissé de côté dès le lendemain, et la mort eut lieu le cinquième jour.

La question thérapeutique soulevée par ces faits doit-elle être considérée comme définitivement jugée par la négative? M. Jaccoud ne le pense pas, et, dans une maladie telle que la rage, nous croyons que ce serait bien vite se décourager que d'admettre un tel jugement, surtout en présence des résultats, tout incomplets qu'ils sont. N'était-ce pas beaucoup que d'avoir obtenu une telle modification des symptômes les plus caractéristiques, de l'hydrophobie en particulier? L'abattement, la prostration amenés par la faradisation devaient-ils faire abandonner ce moyen ? N'étaient-ils pas, au contraire, la preuve que l'excitabilité de la moelle était épuisée par la surexcitation artificielle, et ne devaient-ils pas être entretenus par de nouvelles applications à intervalles plus ou moins rapprochés ? Les résultats obtenus chez la jeune fille où cette méthode avait d'abord été suivie, ne témoignent-ils pas dans ce sens? D'un autre côté, le procédé d'électrisation mis en usage n'est peut-être pas, en pareille circonstance, le plus convenable; en tout cas, ce n'est pas celui qu'on emploie lorsqu'on veut amener la paralysie de l'excitabilité propre de la moelle. (*Oester. Zeit. für prakt. Heilk.*, et *Gaz. hebd.*, juin 1864.)

De la manie puerpérale considérée dans ses relations pathologiques avec l'albuminurie. Dans un travail publié en 1856, le professeur Simpson (d'Edimbourg) établissait un rapport étiologique entre la manie puerpérale et l'albuminurie, rattachant les accidents de la manie à l'urémie comme on y a rattaché ceux de l'éclampsie puerpérale. M. Scott Donkin se rattache à cette manière de voir, et rapporte une observation à l'appui. Il a soin toutefois de distinguer deux espèces très-distinctes de manie puerpérale, que l'on n'a pas toujours séparées d'une manière suffisamment tranchée.

Dans l'une, la manie est essentiellement aiguë, et sa marche est rapide. Le pouls est toujours accéléré, qu'il soit d'ailleurs sthénique ou asthénique. La peau est généralement moite. L'attaque maniaque est précédée et accompagnée pendant quelque temps de céphalalgie, de chaleur à la tête, d'une grande susceptibilité à la lumière, au bruit, au mouvement, de tintements d'oreille, d'insomnie. La maladie a presque toujours une grande tendance à se terminer par la mort, qui est précédée de coma et de perte de sensibilité.

Dans l'autre espèce, on n'observe pas les mêmes symptômes généraux. Le pouls est de fréquence normale ou tout au plus légèrement accéléré. La vie n'est pas compromise, mais le désordre des facultés mentales est généralement plus ou moins chronique, et persiste trop souvent d'une manière définitive.

C'est la première de ces deux formes que M. Donkin rattache à l'albuminurie. Celle-ci, dans l'observation de

l'auteur, fut passagère, et tenait probablement à une simple hyperémie des reins, due à la compression des veines rénales. L'urine ne contenait ni cylindres fibrineux ni globules sanguins, et l'albumine même ne s'y trouvait qu'en petite quantité. Pour expliquer le défaut d'harmonie entre les accidents nerveux et l'albuminurie, M. Donkin appelle l'attention sur les modifications de la crase sanguine qui doivent se produire pendant le travail d'involution de l'utérus. Cet organe, dit-il, pèse, immédiatement après l'accouchement, de 1 livre 1/2 à 2 livres 1/2, tandis que quinze jours plus tard son poids n'est que de 10 ou 11 onces. L'involution de l'utérus doit donc surcharger le sang d'une grande quantité de matériaux azotés, et l'on comprend qu'alors un trouble léger dans la sécrétion rénale puisse entraîner des accidents graves qui ne se seraient pas produits en temps ordinaire. (*Gaz. méd.*, juin 1864.)

Sur la rupture du muscle plantaire grêle. M. Zambelli a surtout étudié le diagnostic de cette lésion, diagnostic qui souvent donne lieu à des erreurs aussi désagréables pour le médecin que préjudiciables au malade.

En effet, comme cet accident se produit parfois à la suite d'un effort presque insignifiant, d'une simple torsion du membre, et comme il ne s'accompagne, sur le moment, d'aucune altération locale perceptible, on peut, si l'on ignore ces deux circonstances, méconnaître la rupture. C'est de ce fait et de ses conséquences que M. Zambelli publie deux instructifs exemples.

Un maître de manége, à Udine, se tenait au milieu de l'hippodrome pendant les exercices équestres, lorsque, en tournant sur lui-même, il sentit dans la jambe gauche une douleur si vive et si subite, qu'il se retourna, accusant son plus proche voisin de lui avoir donné un coup de fouet, et que cet homme eut besoin du témoignage de ses camarades pour faire admettre par le blessé une justification à laquelle celui-ci refusait d'ajouter foi. Au bout de six jours, une vaste ecchymose confirma la nature de l'accident, que le repos et quelques applications d'eau végéto-minérale guérirent en peu de temps.

Averti par ce premier fait, M. Zambelli ne tarda pas à trouver l'occasion d'utiliser l'enseignement qu'il en avait tiré. Un garde particulier, en parcourant une rue d'Udine, ressentit instantanément dans le mollet droit une douleur telle que, ne se rappelant en aucune manière y avoir donné lieu par un mouvement forcé, il crut avoir reçu là un coup de pierre ou de bâton, et qu'il affirmait à qui voulait l'entendre que le malfaiteur s'était immédiatement dérobé à sa vue.

M. Zambelli lui persuada, non sans peine, qu'il s'agissait d'une rupture musculaire, et il lui prescrivit les mêmes remèdes qu'au premier malade, entre autres le repos.

Mais le maître de ce pauvre blessé s'étant *laissé dire* que son domestique n'avait aucun mal et gardait le lit par pure fainéantise, le fit visiter par un autre médecin. Celui-ci, moins expérimenté, n'ayant pu, malgré l'examen le plus attentif, constater aucun gonflement, aucune déformation, aucune coloration morbide, prononça en effet que la maladie était simulée.

Instruit de ce qui s'était passé, M. Zambelli invoqua, comme juge en dernier ressort de cette dissidence, un arbitre infaillible, le temps. Effectivement, ainsi qu'il l'avait prédit, au sixième jour une large ecchymose se manifesta et ramena le confrère abusé à reconnaître la vérité. — Le même traitement, aidé d'un mois de repos, rendit au membre la liberté de ses fonctions. (*Gaz. med. prov. Venete*, et *Gaz. méd. de Lyon*, mai 1864.)

De la sensibilité sous-sternale comme signe diagnostique de la vérole. Indépendamment de l'exostose médio-palatine que M. Chassaignac considère comme un signe d'une certaine valeur dans le diagnostic de la vérole, il est un autre symptôme assez commun, selon M. Ricord, chez les sujets atteints de syphilis constitutionnelle, et qui, selon M. Brodrick, serait tellement général, qu'il deviendrait une pierre de touche pour reconnaître l'existence de la vérole dans les cas douteux. M. Brodrick l'a observé à Madras sur un nombre considérable de sujets, et il résulte d'un article publié par le *Dublin medical Press* sur ce point de diagnostic, que la valeur de ce signe est tel, aux yeux de M. Brodrick, que, s'il trouve vers le tiers inférieur du sternum un point donnant à la pression la sensation d'une douleur très-vive, non précédée de douleur spontanée, ce praticien en conclut sans hésitation

que la vérole existe, et aussitôt il administre l'iodure de potassium. — M. Diday, après avoir donné cette analyse, ajoute : M. Brodrick ne fait pas mal de le prescrire, mais il ferait encore mieux de le suspendre lorsque, au bout de cinq jours, ce médicament, vrai spécifique des douleurs ostéocopes, a donné, par son inefficacité, la preuve que le prétendu critérium n'était pas, dans ce cas, un signe de syphilis. (*Gaz. méd. de Lyon*, mai 1864.)

Observation de fracture comminutive, avec dépression du sternum, suivie d'un abcès du médiastin et d'accidents d'infection purulente; guérison. Cette observation, qui ne se prête pas à une analyse détaillée, présente de l'intérêt à plusieurs points de vue. En premier lieu, c'est un des faits les plus certains de guérison à la suite d'accidents évidents et extrêmement graves de pyémie; en second lieu, il est très-remarquable que ce résultat ait été obtenu quoique l'alimentation fût rendue fort difficile par une fracture compliquée de la mâchoire qui existait en même temps que les autres désordres. Enfin, quand l'abcès vint faire saillie sous la peau, il présentait, grâce au voisinage du cœur, des battements d'expansion tellement prononcés, que l'on a pu croire un instant qu'il s'agissait d'un anévrysme. Sous ce rapport, l'observation de M. Duncan présente quelque analogie avec une observation remarquable d'empyème pulsatile publiée, il y a quelques années, dans le *Bulletin de Thérapeutique* par Aran. (*Gaz. méd.*, juin 1864.)

Méningite aiguë, guérie par la saignée du sinus longitudinal antérieur. Le titre seul de cette observation appellera suffisamment l'attention des praticiens sur l'important enseignement qui en découle.

Chez un enfant de huit mois, affecté de méningite aiguë, M. Torci avait vainement employé la santonine, le calomel et six, puis huit sangsues aux apophyses mastoïdes. Malgré ces remèdes actifs, les convulsions, le coma, le strabisme, l'immobilité des pupilles persistaient, et le danger devenait pressant. On croyait même sentir de la fluctuation à la fontanelle antérieure. Il pensa alors à extraire du sang directement du sinus longitudinal antérieur; et voici comment il procéda :

Avec le bistouri, il pratiqua, au milieu de la fontanelle antérieure, d'avant en arrière, une incision de 3 centimètres, comprenant toute l'épaisseur de la peau; puis, avec la pointe de l'instrument, il ouvrit la dure-mère dans l'étendue d'un centimètre. Aussitôt il sortit un jet de sang d'un rouge vif, jet d'abord continu et en arcade, qui, après l'évacuation d'environ 60 grammes, devint plus ondulé.

Après en avoir laissé couler environ 90 grammes, M. Torci arrêta l'écoulement, en mettant le doigt sur la plaie. Un changement subit s'était opéré ; les paupières s'étaient relevées, les pupilles avaient perdu de leur largeur, le strabisme n'existait presque plus; enfin le teint moins terreux, la respiration plus libre, le pouls devenu régulier, faisaient porter l'augure le plus favorable.

Encouragé par ce succès, — et alors, sans doute que beaucoup d'autres médecins se seraient arrêtés là, — M. Torci laissa de nouveau couler le sang. A chaque goutte, pour ainsi dire, le visage de l'enfant se recomposait, reprenait l'aspect naturel; le strabisme, la blépharoptose cessèrent complétement. Enfin, après 240 grammes de sang évacué, il ferma définitivement la plaie, au moyen d'un bandage. L'enfant presque aussitôt reprit le sein ; on le maintint longtemps couché; puis il avait repris toutes ses habitudes et les parents étaient dans l'enchantement de ce succès, lorsqu'au bout de vingt-huit jours, une nouvelle attaque de méningite, compliquée de bronchite capillaire, le fit succomber en trois jours. L'autopsie ne put être faite. (*Bull. del sc. med. di Bologna*, et *Gaz. méd. de Lyon*, juin 1864.)

Traitement de l'eczéma chronique rebelle des jambes par l'essence pure de térébenthine. Voici comment M. Beullard raconte sa manière d'agir et son succès dans cette maladie, dont personne mieux que nous ne peut attester la désespérante ténacité.

« La malade étant au lit, toute la partie affectée, c'est-à-dire toute la jambe, de la cheville à la jarretière, fut enveloppée d'un linge imbibé d'essence *pure*, avec recommandation de l'entretenir humide jusqu'à ma prochaine visite, que je fis cinq heures après. Je trouvai le membre

tellement gonflé, que les tours de fil qui fixaient le linge étaient entrés dans la peau (sans pourtant l'avoir entamée) et qu'il me fut assez difficile de les atteindre pour les couper. — Cette femme accusait de vives douleurs.

« Le résultat que je désirais étant produit, je fis cesser les lotions d'essence, qui furent immédiatement remplacées par des compresses imbibées d'eau de guimauve et arrosées toutes les demi-heures, jour et nuit, pendant trente-six heures; puis je passai à l'infusion de fleurs de sureau appliquée de la même manière pendant quarante-huit heures. Ces lotions furent ensuite additionnées de cinq gouttes de sous-acétate de plomb par grand verre, en augmentant tous les jours de cinq gouttes pour la même quantité d'eau.

« A partir du cinquième jour, la jambe ayant repris son volume normal, l'irritation sécrétoire étant un peu apaisée, je passai à la pommade au précipité blanc à *dose faible*, 50 centigrammes par 30 grammes d'axonge; la dose fut successivement portée à 1 gramme, à 1 gr, 50, puis 2 grammes. Je ne dépasse jamais cette dose; quelquefois j'alterne avec la pommade à l'oxyde de zinc faite dans les mêmes proportions, et je m'arrête à celle qui paraît produire le meilleur effet. Ces moyens, que j'emploie *après la modification*, ne sont pas nouveaux, mais ils se montraient *inefficaces avant.* » La jambe fut ensuite recouverte d'un linge doux, puis comprimée légèrement avec un bandage roulé. — En trois semaines, la guérison était complète et elle s'est maintenue sans récidive. (*Gaz. de Lyon*, mai 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Mortalité comparative des filles-mères et des femmes mariées. Un relevé statistique du service obstétrical de l'hôpital de la reine Charlotte, pour les trente-six années de 1828 à 1863, fournit sur ce point des renseignements positifs. Durant cette période 7,736 femmes y ont fait leurs couches, savoir : 4,125 femmes mariées, donnant une mortalité de 72, et 3,611 filles, donnant une mortalité de 126.

Cette différence tient sans doute, pour une grande part, aux tourments de toute sorte, aux angoisses morales ainsi qu'aux privations matérielles dont est traversé le cours d'une grossesse survenue dans ces conditions. Mais il faut tenir compte de ce fait, relevé avec raison par l'auteur, M. G. Brodie, que la plupart des filles-mères entrent à l'hôpital pour leur premier accouchement, lequel expose à plus de dangers que les consécutifs. (*Royal med. and chir.* Soc. *of London*, 1864.)

De la mort subite par embolie pulmonaire dans les contusions et les fractures. M. le docteur Azam (de Bordeaux) donne lecture de quelques observations relatives à des morts subites déterminées par des embolies pulmonaires dans les contusions et les fractures. En voici les conclusions :

1° Les fractures et les contusions peuvent devenir des causes de mort subite par embolie pulmonaire ;

2° Ces embolies ont pour origine une thrombose des veines de la région blessée, due elle-même à la résorption du sang épanché ;

3° Ces thromboses, ou les phlébites qui les précèdent, sont en général latentes; elles doivent être plus communes qu'on ne le croirait au premier abord ;

4° L'exploration par les doigts du trajet des veines superficielles profondes peut seule démontrer leur existence ;

5° Certains accidents pulmonaires subits, tels que dyspnée, hémoptysie, douleurs précordiales, syncopes, etc., indices de la présence dans le poumon d'un caillot embolique de volume variable, peuvent attirer sur ces phlébites l'attention du chirurgien ;

6° Dans les thromboses veineuses, les caillots sont plus ou moins adhérents. Le degré de plasticité du sang est en rapport avec la solidité de ces adhérences. Or, les fractures condamnées au repos sont de mauvaises conditions de plasticité;

7° Les mouvements généraux ou partiels accompagnés d'efforts ; l'application d'appareils compressifs peuvent provoquer le départ des caillots emboliques ;

8° Le chirurgien devra rechercher si, à partir du quinzième jour, il n'existe pas chez les fracturés ou les contusionnés des phlébites latentes ;

9° Si l'existence d'une phlébite lui est démontrée, le repos, les antiphlo-

gistiques et un traitement alcalin sont indiqués. (*Acad. de méd.*, juin 1864.)

Etudes chimiques et toxicologiques sur la digitaline. Voici les conclusions d'un travail lu à l'Académie de médecine par M. Jules Lefort :

1° En France, la médecine emploie deux espèces de digitaline, possédant des propriétés physiques et chimiques notablement différentes : l'une, dite allemande ou soluble ; l'autre, dite française ou insoluble ;

2° La digitaline soluble se colore plus lentement et moins fortement en vert par l'acide chlorhydrique que la digitaline insoluble ;

3° Le gaz chlorhydrique colore en vert foncé la digitaline insoluble et en brun foncé la digitaline soluble ;

4° Ce même gaz acide développe avec la digitaline insoluble l'odeur spéciale de la poudre ou de la teinture alcoolique de digitale ; avec la digitaline soluble, ce caractère est moins appréciable :

5° Au microscope, la digitaline soluble laisse apercevoir des vestiges de cristaux sous formes déterminées et la digitaline insoluble, un magma opaque utriculaire représentant un mélange de deux substances au moins ;

6° La digitaline soluble paraît être un produit mieux défini et plus pur que la digitaline insoluble ;

7° Le principe qui se colore en vert par l'acide chlorhydrique paraît être indépendant de la digitaline elle-même, soit soluble, soit insoluble ; il est sans doute volatil et le même qui communique à la digitale son odeur spéciale ;

8° Les deux espèces de digitaline, dissoutes dans l'eau et dans l'alcool, traversent les membranes colloïdales, et peuvent être séparées par la voie dialytique des matières qui les renferment naturellement ou accidentellement ;

9° L'amertume de la digitaline soluble et de la digitaline insoluble, leur coloration par l'acide chlorhydrique, et l'odeur de digitale qu'elles répandent par le gaz chlorhydrique, sont des caractères suffisants pour permettre d'affirmer leur présence dans les matières qui les contiennent en proportion un peu notable.

VARIÉTÉS.

De la prothèse dans les cas de malformation de la main ; pouce flottant.

Les questions de prothèse présentent un intérêt beaucoup plus considérable qu'on n'est porté à le croire de prime abord, et le progrès des restaurations mécaniques des organes mutilés, ou mal conformés, doit exercer un jour une influence très-marquée sur la pratique de la chirurgie.

Nous en avons fourni déjà bon nombre d'exemples, et nous ne craignons pas de revenir sur les faits de cet ordre toutes les fois que l'occasion s'en présente, surtout sur ceux qui démontrent que la plupart de ces améliorations dans la construction des appareils prothétiques permettent à notre art de rester dans son rôle, c'est-à-dire de conserver, au lieu de détruire.

Parmi les vices de conformation congénitaux de la main, il en est un qui consiste dans l'arrêt de développement du premier métacarpien du pouce. L'absence de cette partie du squelette rend ce doigt non-seulement inutile, mais gênant ; le pouce, tenant à la main seulement par un pédicule cutané, devient flottant et ne peut remplir aucun usage, aussi n'hésite-t on pas à amputer cet appendice.

Avant de discuter la valeur de cette pratique et de démontrer que la prothèse peut prévenir cette mutilation, nous allons en produire une nouvelle observation que nous devons à l'obligeance de notre collègue M. Dolbeau.

Obs. *Malformation de la main. — Absence du premier métacarpien. — Pouce flottant. — Excision. — Examen anatomique de la pièce.* — « Petite fille de quatre ans et demi, bien portante et ne présentant d'autre vice de conforma-

tion que la disposition anomale du pouce de la main droite. Ce doigt, inutile sous tous les rapports, est assez gênant, et il arrive souvent que cette enfant le heurte et se blesse. C'est pour parer aux suites d'un semblable accident qu'on l'amène à l'infirmerie de l'hospice des enfants assistés.



« En examinant la main, d'ailleurs bien constituée, on voit que le premier métacarpien manque et que le pouce est situé sur la partie externe de la main. Ce pouce ne tient au reste du membre que par un petit pédicule mince et non résistant; il en résulte que ce doigt est flottant. Les deux phalanges sont bien conformées; la dernière porte un ongle bien fait, et quelques petits poils de duvet. Les téguments sont normaux; les plis qui correspondent à l'articulation de la première avec la deuxième phalange du doigt sont à peine marqués, cependant l'articulation existe et on peut lui faire exécuter des mouvements de flexion. Le doigt est sensible, mais il n'est le siége d'aucun mouvement. Cet appendice nous paraissant plus nuisible qu'utile, nous l'enlevons au moyen d'un coup de bistouri. Dans la petite plaie, on trouve une artère assez volumineuse qui nécessite une ligature. Pansement à l'eau froide; guérison en cinq jours.

« *Examen de la pièce.* — L'amputation a porté dans les parties molles; l'instrument n'a rencontré qu'un petit cordon fibreux qui se retrouve dans la pièce. A ce cordon de 3 millimètres de diamètre succède un renflement qui n'est autre chose que l'extrémité inférieure du premier métacarpien. L'articulation métacarpo-phalangienne est normale. Il en est de même de celle qui réunit les deux phalanges qui, elles-mêmes, sont bien conformées. Pas de gaînes tendineuses, pas de fibres musculaires. La peau, du tissu cellulaire, voilà la composition de ce pouce imparfait. Quant aux vaisseaux, ils consistaient en une artère et une veine collatérales externes, mais rien le long du bord interne du doigt. On trouvait également un seul nerf, mais d'une ténuité remarquable. »

Cette observation de M. Dolbeau offre plusieurs points à considérer.

D'abord la malformation, sur laquelle nous nous arrêterons seulement pour en faire remarquer la nature.

Il est évident que ce vice de conformation est dû à un arrêt dans le développement des parties constitutives du pouce. Le premier métacarpien n'a pas disparu entièrement, il en reste un vestige formé par le petit cordon fibreux placé à l'intérieur du pédicule du doigt. L'absence des gaînes tendineuses et de tout élément musculaire, la présence d'une seule veine et d'une seule artère collatérale, ainsi que la ténuité du filet nerveux qui les accompagne, ces particularités témoignent que l'anomalie n'est pas due à une action mécanique.

Vient ensuite la question pratique. Quelle est la conduite à tenir dans ces cas ?

Le pouce, étant privé de tout mouvement, devient un organe non-seulement inutile, mais gênant, cela est incontestable ; mais est-ce une raison suffisante pour le sacrifier ? Ne pourrait-on, au contraire, par quelque artifice prothétique, le faire contribuer au rétablissement de quelques-uns des usages de la main ?

Dans le cas de pouce flottant que nous avons sous les yeux, le problème mécanique n'est pas très-difficile, puisqu'il suffit de parvenir à fixer les deux phalanges du pouce sur la paume de la main. L'artifice se trouve même signalé dans les œuvres d'Amb. Paré, l'emploi d'un poucier ou doigtier. Le sagace chirurgien raconte (1) qu'à la bataille un gentilhomme de la suite du connétable reçut une blessure qui lui coupa les tendons extenseurs du pouce. Après la cicatrisation de la plaie, le pouce resta fléchi à l'intérieur de la main, de sorte que cet officier, ne pouvant plus manier ses armes, vint prier Paré de lui enlever ce doigt. Au lieu de céder à son désir, Paré lui fit fabriquer un étui de fer-blanc, dans lequel il introduisit le pouce paralysé, qu'il fixa autour du poignet. Sous les bénéfices de l'action de ce petit appareil qui maintenait le pouce relevé, l'officier put tenir « espée, lance et autres armes. »

Un appareil semblable, c'est-à-dire composé d'une gaîne en cuir bouilli, ou d'un étui de métal dont la base sera beaucoup plus large que celle du modèle d'Amb. Paré, afin d'embrasser toute l'éminence thénar de la main, viendra suppléer le métacarpien avorté du pouce. Il donnera aux phalanges de ce doigt une solidité qui les rendra utiles et restaurera une grande partie des usages de la main. La seule précaution à prendre est de faire construire la gaîne prothétique de façon que le pouce soit fixé dans une attitude moyenne entre la pronation et la supination. Ce doigt étant privé de mouvement, il faudra que ce soient les autres doigts, et spécialement l'index et le médius, qui viennent lui faire opposition pour saisir les objets.

Ce simple coup d'œil, jeté sur ce point bien minime de prothèse, montre l'intérêt qu'il y a, pour les chirurgiens jaloux du progrès de leur art, de ne pas négliger les quelques enseignements réels qui existent à cet égard dans les annales de la science ; ils trouveront dans ces documents des exemples qui les guideront dans les applications des ressources de la médecine mécanique.

La Faculté de médecine de Montpellier vient de dresser sa liste de présentation à la chaire d'hygiène vacante dans son sein ; elle place en première ligne M. Fonssagrives, et M. Caveller en seconde ligne.

L'Académie des sciences a nommé notre savant confrère M. Gintrac, de Bordeaux, membre correspondant, en remplacement de M. Denis (de Commercy).

A la suite d'un concours ouvert à Brest, M. le docteur Gestin vient d'être nommé professeur de pathologie médicale à l'École de médecine navale de ce port.

M. le docteur Caseneuve, directeur de l'École de médecine de Lille, a été élu membre correspondant de l'Académie de médecine.

---

(1) T. II, p. 613, Édition Malgaigne.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-SIXIÈME VOLUME.

A

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-SIXIÈME.



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.